

ESSAI PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M.Sc.)

PAR
KAROL-ANN GIRARD

EXPLORATION DES ESPACES INCLUSIFS ET DES OCCUPATIONS DES AÎNÉS AYANT
UNE PROBLÉMATIQUE DE SANTÉ MENTALE

13 DÉCEMBRE 2018

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de cet essai requiert son autorisation.

REMERCIEMENTS

Ce projet n'aurait pas pu voir le jour sans la collaboration et la contribution de plusieurs personnes qui ont été très importantes pour moi tout au long de ce processus. Tout d'abord, je tiens à remercier l'ensemble des participants de cet essai. Sans leur participation et leur générosité, un tel projet n'aurait pu être réalisé. Je tiens également à remercier le Regroupement des organismes de base en santé mentale ainsi que le Phénix pour leur aide dans le recrutement des participants.

Je souhaite également démontrer ma reconnaissance à ma directrice d'essai, madame Ginette Aubin, pour sa générosité, sa disponibilité, ses judicieux conseils ainsi que ses encouragements qui ont rendu possible la réalisation d'un projet d'une telle envergure.

Ensuite, je tiens à remercier monsieur Jean Gravel, ergothérapeute, pour la révision de mon essai. Ses précieux commentaires ont contribué à l'amélioration et l'enrichissement de ce projet.

J'offre également mes remerciements à mes collègues de séminaire qui ont su m'offrir de nombreux conseils constructifs tout au long de l'élaboration de cette étude.

Finalement, je tiens à remercier ma famille et mes amis, pour leur support inconditionnel qu'ils m'ont apporté tout au long de mon cheminement universitaire et plus particulièrement au cours de l'élaboration de ce projet. La confiance qu'ils avaient continuellement en moi, leurs nombreux encouragements et leur patience m'ont donné la force de persévérer jusqu'à la fin.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	ii
LISTE DES TABLEAUX.....	v
LISTE DES FIGURES	vi
RÉSUMÉ	viii
ABSTRACT.....	ix
1. INTRODUCTION	1
2. PROBLÉMATIQUE.....	2
2.1. Problématiques de santé mentale	2
2.1.1. La prévalence des problématiques de santé mentale chez les aînés	3
2.1.2. Difficultés occupationnelles vécues par les aînés présentant une problématique de santé mentale.....	3
2.1.3. Difficultés psychosociales vécues par les aînés présentant une problématique de santé mentale.....	5
2.2. L'inclusion dans l'environnement : espaces favorisant l'inclusion	7
2.2.1. Bienfaits reliés aux espaces favorisant l'inclusion	8
2.2.2. Théorie de la pression environnementale	9
2.3. But et objectifs de la recherche	9
2.4. Pertinence du projet.....	10
2.4.1. Au niveau social	10
2.4.2. Au niveau professionnel	10
2.4.3. Au niveau scientifique	11
3. CADRE CONCEPTUEL	13
3.1. Définition d'un espace	13
3.1.1. Différents usages du concept d'espace.....	13
3.1.2. Attributs du concept d'espace.....	14
3.2. Définition du concept d'inclusion.....	14
3.2.1. Différents usages du concept d'inclusion	14
3.2.2. Attributs du concept d'inclusion.....	15
3.2.3. Antécédents et conséquents du concept d'inclusion.....	16
3.3. Définition d'un espace inclusif	16
3.3.1. Caractéristiques observables du concept d'espace inclusif	16
4. MÉTHODE	18
4.1. Le devis de recherche	18
4.2. Participants	18
4.2.1. Critères d'inclusion.....	18
4.2.2. Critères d'exclusion	19
4.2.3. Méthode d'échantillonnage	19

4.3. Collecte des données	19
4.3.1. Outils d'évaluation	19
4.3.1.1. Questionnaire sociodémographique.....	20
4.3.1.2. Évaluation de l'aire de mobilité.....	20
4.3.1.3. Carte du monde.....	21
4.4. Analyse des données	22
4.4.1. Analyse du questionnaire sociodémographique	22
4.4.2. Analyse de l'Évaluation de l'aire de mobilité	23
4.4.3. Analyse de la carte du monde.....	23
4.5. Considérations éthiques.....	24
4.5.1. Consentement	24
4.5.2. Confidentialité et conservation des données	25
5. RÉSULTATS.....	26
5.1. Description des participants	26
5.2. Informations obtenues à l'Évaluation de l'aire de mobilité	27
5.2.1. Analyse qualitative des résultats.....	27
5.2.2. Analyse quantitative des résultats.....	28
5.3. Résultats obtenus lors de la passation de la Carte du monde	30
5.3.1. Résultats de la production graphique.....	31
5.3.1.1 Matériel utilisé	31
5.3.1.2. Représentation des lieux	31
5.3.1.3. Nombre de lieux identifiés.....	32
5.3.1.4. Emplacement sur la carte	32
5.3.1.5. Espace utilisé sur la feuille	33
5.3.2. Types d'espaces : espaces inclusifs et espaces utilitaires.....	33
5.3.3. Résultats de l'analyse de contenu des verbatim	34
5.3.3.1. En lien avec le premier objectif : identifier les espaces inclusifs	34
5.3.3.2. En lien avec le second objectif : explorer les occupations faites dans les espaces inclusifs.....	35
5.3.3.3. En lien avec le troisième objectif : explorer l'expérience vécue dans les espaces inclusifs.....	38
5.3.3.4. Se sentir inclus : attitudes pour aider à y parvenir	41
5.3.3.5. L'inclusion ce n'est pas de se sentir inclus, mais d'être inclus	41
6. DISCUSSION.....	42
6.1. Retour sur les objectifs de l'étude.....	42
6.1.1. Identification des espaces inclusifs.....	42
6.1.2. Les occupations réalisées dans les espaces inclusifs	46
6.1.2.1. Obstacles aux occupations et à l'inclusion qui sont rencontrés.....	46
6.1.3. Expérience vécue dans les espaces inclusifs	48
6.2. Forces et limites de l'étude.....	49
6.2.1. Les forces.....	49
6.2.2. Les limites.....	50
6.3. Retombées attendues pour la pratique et la recherche en ergothérapie.....	51

7. CONCLUSION.....	52
RÉFÉRENCES	53
ANNEXE A QUESTIONNAIRE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE	58
ANNEXE B ÉVALUATION DE L'AIRE DE MOBILITÉ.....	61
ANNEXE C GUIDE MODIFIÉ DE LA VERSION RÉVISÉE DU GUIDE D'ADMINISTRATION DE LA CARTE DU MONDE	64
ANNEXE D CARTE DU MONDE DU PARTICIPANT 1	66
ANNEXE E CARTE DU MONDE DE LA PARTICIPANTE 2	67
ANNEXE F CARTE DU MONDE DE LA PARTICIPANTE 3	68
ANNEXE G CARTE DU MONDE DU PARTICIPANT 4.....	69
ANNEXE H CARTE DU MONDE DU PARTICIPANT 5	70

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Les différents usages du concept d'espace.....	13
Tableau 2.	Les différents usages du concept d'inclusion.....	14
Tableau 3.	Description des participants.....	25
Tableau 4.	Espaces considérés inclusifs pour chacun des participants.....	32
Tableau 5.	Espaces qui semblent être utilitaires pour chacun des participants.....	35
Tableau 6.	Occupations réalisées par les participants dans leurs espaces inclusifs.....	36
Tableau 7.	Obstacles aux occupations et à l'inclusion qui ont été soulevés par les participants.....	37

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Réponses obtenues à la première section de l'Évaluation de l'aire de mobilité qui représente la fréquence à laquelle chaque participant fréquente chacune des aires de mobilité.....	26
Figure 2.	Score composé obtenu par chaque participant à l'Évaluation de l'aire de mobilité.....	27
Figure 3.	Scores obtenus pour chaque participant aux trois sous-échelles, soit celle de l'aire de mobilité maximale atteinte sans aide humaine ni aide technique (LS-Indépendant), de l'aire de mobilité maximale atteinte avec une aide technique (LS-Équipement) et celle de l'aire de mobilité maximale atteinte (LS-Maximal).....	28
Figure 4.	Nombre de lieux identifiés par chaque participant dans leur Carte du monde.....	32

RÉSUMÉ

Problématique : Les aînées ayant une problématique de santé mentale ont tendance à vivre des difficultés d'inclusion sociale dues à une double stigmatisation liée au vieillissement et à la maladie mentale. Sachant que l'inclusion sociale est un déterminant important de la santé mentale et qu'elle est en lien avec des opportunités de s'engager dans des occupations significatives, il devient intéressant d'envisager les espaces inclusifs comme une avenue soutenant le rétablissement de ces aînées. **Objectif :** Le but de ce projet est d'identifier les espaces inclusifs selon le point de vue des aînées présentant des problématiques de santé mentale, d'explorer les occupations qu'ils réalisent dans ces espaces inclusifs et d'explorer l'expérience vécue à l'intérieur de ceux-ci. **Cadre conceptuel :** Après avoir analysé le concept d'espace et celui d'inclusion, selon une méthode inspirée de Walker et Avant (2005), une définition d'un espace inclusif a été élaborée : lieu qui invite l'individu à interagir avec lui en lui offrant des défis adaptés à ses capacités, tout en étant un lieu d'expérience occupationnelle, qui offre des opportunités d'activités et d'interactions sociales réciproques, où tous les individus ont un pouvoir d'être et d'agir et peuvent ainsi choisir de participer aux activités offertes et de redonner à la communauté, et ce, en étant acceptés tel qu'ils sont. **Méthode :** Cette étude exploratoire utilise un devis d'étude descriptive qualitative. Les données sont obtenues auprès de personnes âgées de 60 ans et plus ayant une problématique de santé mentale et vivant dans la région de la Mauricie. Les données sont recueillies à l'aide de l'Évaluation de l'aire de mobilité (outil quantitatif) et la production d'une Carte du monde (outil qualitatif – production graphique réalisée par les participants représentant leurs espaces inclusifs). Les données issues de l'Évaluation de l'aire de mobilité sont analysées de manière qualitative (portrait des aires les plus fréquentées) et quantitative (cotation des scores obtenus aux quatre échelles). Les Cartes du monde font état d'une analyse de contenu inspirée de la *Framework Approach* (Ritchie et Lewis, 2003). **Résultats :** Selon les cinq participants, trois types d'espaces sont considérés inclusifs : les centres de jour en santé mentale (n=5), les organismes communautaires où ils font du bénévolat (n=5) et leur domicile (n=3). Les occupations les plus fréquemment réalisées à l'intérieur de ceux-ci sont : discuter avec des gens (n=5), effectuer de l'artisanat (n=4), manger un repas entre amis (n=3), participer à des conseils d'administration (n=2) et participer à des ateliers d'entraide sur les voix qu'ils entendent (n=2). Les espaces inclusifs sont des endroits qui leur apportent du mieux-être quand ça va moins bien, où ils ont un réseau social d'entraide et de réciprocité, se sentent acceptés et appréciés tels qu'ils sont, ont du plaisir, peuvent contribuer à la communauté et où il y a des accommodations occupationnelles bidirectionnelles. **Discussion :** Cette étude dénote que les participants ont plusieurs espaces inclusifs qu'ils fréquentent régulièrement et dans lesquels ils vivent des expériences généralement très positives. Comme l'échantillon était petit et recruté à partir d'organismes en santé mentale, les résultats doivent être interprétés avec précautions et ne sont pas transférables à d'autres aînées ayant une problématique de santé mentale. **Conclusion :** Il demeure que davantage d'études doivent être réalisées dans le but de mieux définir les éléments déterminant les espaces inclusifs des personnes âgées ayant une problématique de santé mentale. Ainsi, il serait pertinent dans les années à venir d'explorer ce phénomène du point de vue des aînées qui ne fréquentent pas d'organisme en santé mentale, afin d'avoir une compréhension complémentaire et plus approfondie du phénomène.

Mots-clés : personnes âgées, santé mentale, espaces inclusifs, inclusion, occupations

ABSTRACT

Issue: Older adults with mental health problems tend to experience social integration difficulties due to a double stigma related to aging and mental illness. Knowing that social inclusion is an important factor for health and that it is related to opportunities to engage in meaningful occupations, it is worthwhile to consider inclusive spaces as a mechanism to support recovery.

Objectives: The purpose of this study is to identify inclusive spaces from the perspective of the elderly with mental health issues, to explore the occupations that they do in these inclusive spaces, as well as the experiences lived out in these spaces. **Conceptual Framework:** The concepts of space and inclusion were analyzed using a method inspired by Walker and Avant's concept analysis process (2005). A definition of an inclusive space was developed for this study: an occupational place that provides challenges that match their abilities, opportunities for social activities and reciprocal interactions, where individuals have a sense of agency and can choose to participate in the activities offered and give back to the community, and who are accepted by them.

Method: This exploratory study uses a qualitative descriptive design. The data was obtained from people aged 60 and over with mental health issues from the Mauricie region. The data collection tools included the Life-Space Assessment and the production of a Map of the world (graphic production by the participants followed by an interview). The data from the assessment of the Life-Space Assessment was analyzed qualitatively and quantitatively. A content analysis was used for the Maps of the world inspired by the framework approach (Ritchie and Lewis, 2003). **Results:** According to the five participants, three types of inclusive spaces were identified: mental health day centres (n = 5), the community organizations where they volunteer (n = 5) and their home (n = 3). The most frequent occupations include: talking with people (n = 5), doing crafts (n = 4), participating in administration councils (n = 2), participating in workshops to help on the voices that they hear (n = 2) and sharing a meal with friends (n=2). Inclusive spaces are places where people are accepted and appreciated such as they are, have fun, where they can live some well-being in challenging moments, where they can rely on a social and reciprocal network, where they can contribute to the community and where you will find bidirectional accommodations.

Discussion: This study indicates that participants have several inclusive spaces and they experience generally very positive experiences. Because the sample was small and recruited from mental health organizations, the results must be interpreted with caution and are not transferable to other elderly with mental health problems. **Conclusion:** It is important that further studies be carried out to comprehensively understand the included spaces of older people with a mental health problem. Thus, it would be relevant in the years to come to explore this phenomenon from the point of view of those who do not go in mental health organizations to have a better understanding of the situation.

Keywords: elderly, mental health, inclusive spaces, inclusion, occupations

1. INTRODUCTION

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) identifie les aînés comme l'un des groupes de la société qui est plus vulnérable et à risque de souffrir de troubles mentaux (2013). Au Québec, selon le plus récent portrait statistique sur la santé mentale, tiré d'une enquête menée en 2012, 16% des personnes âgées de 65 ans et plus ont mentionné avoir vécu de la détresse psychologique au cours du mois qui a précédé cette investigation (Institut de la Statistique du Québec, 2015).

Bien que le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec ait mentionné dans son plus récent plan d'action en santé mentale mis sur pieds pour 2015-2020 que les manifestations de la maladie mentale soient « caractéristiques à certaines étapes de la vie, dont la jeunesse et la vieillesse » (MSSS, 2015, p.3), le plan parle très peu des aînés et de leurs besoins spécifiques. Cela peut s'expliquer en partie par le fait qu'il y a peu d'écrits scientifiques à ce jour qui portent sur les besoins de ce groupe d'âge. Sachant que l'inclusion sociale est un déterminant important de la santé mentale (OMS, 2004), il s'avère intéressant d'explorer ce phénomène comme une avenue possible au rétablissement. En ce sens, connaître les caractéristiques des espaces qui favorisent l'inclusion de ces aînés ainsi que les occupations qui sont faites dans ces lieux est une première étape pour parvenir à l'identification des besoins spécifiques de cette population.

Ainsi, ce présent essai expose la problématique entourant les espaces inclusifs des personnes âgées ayant un trouble de santé mentale et les occupations qu'ils réalisent à l'intérieur de ceux-ci. Puis, il présente le cadre conceptuel sur lequel se base cette étude, ainsi que la méthode utilisée. Enfin, les résultats de cette recherche sont présentés, et ceux-ci sont interprétés ainsi que critiqués dans la discussion. Finalement, une synthèse de ce projet de recherche est effectuée dans la conclusion.

2. PROBLÉMATIQUE

Cette section expose la problématique à l'origine de cette étude. Elle aborde d'abord les problématiques de santé mentale, puis la prévalence de ceux-ci chez les aînés, ainsi que les difficultés occupationnelles et psychosociales vécues par ces des derniers. Après quoi, l'inclusion dans l'environnement est perçue sous l'angle des espaces favorisant l'inclusion. C'est la raison pour laquelle certains bienfaits de ces espaces sont exposés et que la théorie de la pression environnementale est expliquée. À la suite de quoi, le but et les objectifs de ce projet sont présentés, suivis de la pertinence de celui-ci aux niveaux social, professionnel et scientifique.

2.1. Problématiques de santé mentale

Les problématiques de santé mentale se caractérisent par des « changements qui affectent la pensée, l'humeur ou le comportement d'une personne, et qui lui causent de la détresse ou de la souffrance » (MSSS, s.d.). Les problématiques de santé mentale se classent en différentes catégories, dont entre autres les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les troubles de la personnalité et les troubles psychotiques. Certaines problématiques de santé mentale sont épisodiques, tandis que d'autres sont chroniques (American Psychiatric Association [APA], 2003). « Tout comme les maladies physiques, les maladies mentales peuvent frapper n'importe qui, sans distinction d'âge, de sexe, de statut social, de niveau d'instruction, de nationalité ou d'origine ethnique » (Gouvernement du Québec, 2018).

Les problématiques de santé mentale se manifestent par différents symptômes, qui peuvent varier d'un diagnostic à l'autre et d'une personne à l'autre. Parmi ceux-ci, il peut y avoir entre autres une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir, de la fatigue, une perte d'énergie, un sentiment de dévalorisation, des comportements à risques (exemple : tentatives de suicide, consommation de drogues et d'alcool, relations sexuelles non protégées), des pensées de mort récurrentes, des tremblements, des hallucinations, des idées délirantes, une diminution de la concentration et de l'impulsivité (APA, 2003). Il s'agit tous de symptômes qui crée des obstacles, à des degrés différents, à la participation dans diverses activités quotidiennes. Il est alors fort possible de croire qu'une personne qui présente un ou plusieurs de ces symptômes éprouve

d'avantage de difficulté à réaliser ses occupations quotidiennes comparativement à un aîné n'ayant pas de problématique de santé mentale.

Parmi les problématiques de santé mentale, il y a les troubles mentaux graves. Ceux-ci se caractérisent par les incapacités importantes qu'elles vont vivre à la personne et qui interfèrent dans au moins l'un des trois domaines majeurs de sa vie. Ces derniers incluent les relations interpersonnelles, les compétences sociales de base ainsi que la capacité fonctionnelle dans la production d'un travail (MSSS, 2005).

2.1.1. La prévalence des problématiques de santé mentale chez les aînés

Selon le plus récent portrait statistique sur la santé mentale des Québécois, les personnes âgées de 65 ans et plus constituent la tranche d'âge qui démontre le moins haut taux de satisfaction en regard de sa vie en comparaison au reste de la population québécoise (Institut de la Statistique du Québec, 2015). Ce portrait sur la santé mentale des Québécois a également exposé que près de 8% des individus de 65 ans et plus sont touchés par la dépression et 8,5% sont touchés par un trouble d'anxiété généralisée. Sans oublier que les individus âgés de 60 ans et plus ont une prévalence à vie des troubles mentaux de 26,1% (Kessler et coll., 2005).

Comme de nombreux aînés ont des problématiques de santé mentale, il est nécessaire de comprendre les répercussions que celles-ci peuvent avoir sur leur fonctionnement quotidien, afin d'être en mesure d'éventuellement élaborer des pistes d'action qui sont efficaces et adaptées à leur situation.

2.1.2. Difficultés occupationnelles vécues par les aînés présentant une problématique de santé mentale

Dans leur étude menée auprès de 28 personnes âgées ayant des problématiques de santé mentale, Daley, Newton, Slade, Murray et Banerjee (2013) ont soulevé que la participation occupationnelle de plusieurs d'entre eux était diminuée en raison d'une perte d'intérêt en regard des autres et des activités, qui est exacerbée par une diminution, voire une perte du réseau social et de certains rôles. Les résultats de leur étude ont également fait part que plusieurs participants mentionnaient éprouver des difficultés liées à leur santé physique et que celles-ci avaient une

incidence négative sur leur état de santé mentale, ainsi que sur leur capacité à poursuivre certains rôles et activités qui sont importants pour eux.

Dans leur étude menée auprès de 40 adultes ayant des problématiques de santé mentale graves, Townley, Kloos et Wright (2009) ont remarqué que leurs participants avaient tendance à s'isoler en demeurant chez eux, puisque leurs résultats soulevaient que pour la plupart d'entre eux leur domicile était considéré comme étant le lieu d'occupation le plus important qu'ils avaient et où ils avaient le plus fort sentiment d'appartenance. En demeurant dans leur domicile, cela peut restreindre significativement leur opportunité de s'engager dans des activités et des rôles qui font sens pour eux au sein de leur communauté, ce qui peut entraîner par le fait même, une diminution de leur engagement occupationnel. Toutefois, il est important de souligner que le domicile a été identifié comme étant un lieu pouvant favoriser le bien-être et la participation sociale des aînés sans diagnostic de santé mentale, car il s'agit d'un lieu de rencontre avec leurs proches entre autres (Nilsson, Lundgren et Liliequist, 2012) et où ils peuvent communiquer avec eux par téléphone, courriers électroniques ainsi que par le biais de médias sociaux (Papageorgiou, Marquis, Dare et Batten, 2016). Ainsi, il est intéressant de comprendre comment les occupations réalisées à l'intérieur de ce lieu, peuvent favoriser la participation sociale des aînés ou bien au contraire, avoir tendance à les amener à s'isoler.

Kobayashi, Cloutier-Fisher et Roth, (2009) ont quant à eux soulevé dans leur étude réalisée auprès de 1 064 personnes âgées de plus de 65 ans, que celles qui sont socialement isolées ont un nombre d'activités quotidiennes moindre en comparaison à leurs homologues qui ne sont pas isolés socialement. Ces auteurs proposent donc que soutenir les aînés engagés dans la vie communautaire s'avère être un bon moyen de promouvoir leur santé, puisque le fait d'être isolé aurait tendance à influencer négativement leur état de bien-être et de santé mentale. Cette idée est également appuyée par les résultats de l'étude menée par Hvalse et Josephsson (2003) auprès de huit adultes ayant des problématiques de santé mentale, qui ont soulevé qu'il est essentiel pour ces individus d'avoir des occupations qui leur sont significatives. Selon ces mêmes participants, les occupations sociales, c'est-à-dire celles réalisées avec autrui, sont considérées significatives pour eux. Il a également été soulevé dans une autre étude menée auprès de sept personnes âgées entre 57 et 77 ans n'ayant pas de problématique de santé mentale, que faire du bénévolat dans leur communauté

était une activité signifiante qui permettait aux participants de maintenir leur participation sociale et leur bien-être (Andonian et Macrae, 2011).

Les aînés ayant une problématique de santé mentale doivent également faire face à des difficultés qui accompagnent généralement le vieillissement normal. Parmi celles-ci, il y a la perte du permis de conduire et également l'apparition de problèmes à la mobilité qui peuvent parfois limiter les possibilités occupationnelles. Dans leur étude menée auprès de 90 Canadiens âgés de 65 ans et plus, Dahan-Oliel, Mazer, Gélinas, Dobbs et Lefebvre (2010, p.491) ont soulevé que « les conducteurs, utilisateurs de transport en commun et ceux qui utilisaient la marche avaient des niveaux de participation plus élevés comparativement aux passagers et utilisateurs de transport adapté/taxi ». En ce sens, la manière dont les transports sont utilisés et leur accessibilité ont un impact sur la participation occupationnelle des aînés dans des activités se déroulant à l'extérieur de leur domicile. De plus, une étude effectuée auprès de sept personnes âgées sans diagnostic de santé mentale a soulevé que les coûts reliés aux activités pouvaient être un obstacle à la participation sociale de la majorité de leurs participants (Andonian et Macrae, 2011).

Ainsi, ces résultats laissent transparaître que plusieurs aînés vivant avec une problématique de santé mentale sont à risque de vivre des difficultés dans diverses occupations, dont entre autres celles qui sont effectuées auprès d'autres individus ou au sein de la société. En ce sens, il est possible de croire qu'ils éprouvent également des difficultés psychosociales en lien avec leurs problématiques de santé mentale.

2.1.3. Difficultés psychosociales vécues par les aînés présentant une problématique de santé mentale

Il est reconnu que les aînés ayant une problématique de santé mentale sont à risque de vivre une double stigmatisation, qui est reliée au vieillissement ainsi qu'à la maladie mentale (Bartels, 2003). Dans une étude menée auprès d'adultes ayant des problématiques de santé mentale, Anthony, Rutman, Prince et Prince (2002) ont soulevé dans leurs résultats que lorsque ceux-ci perçoivent qu'ils sont stigmatisés par autrui, cela a tendance à faire diminuer leur sentiment d'appartenance de manière significative. Le sentiment d'appartenance, selon les résultats de l'étude de Kissane et McLaren (2006), serait une prémisses au sens accordé à la vie de plusieurs

âînés et un prédictéur du maintien de leur goût de vivre, qu'ils aient ou non des problématiques de santé mentale. Selon les 104 participants de cette étude, avoir un sentiment d'appartenance aurait tendance à faire diminuer le taux de tentatives de suicide et de suicides complétés. Peu d'écrits abordent spécifiquement le sentiment d'appartenance chez les âînées vivant avec une problématique de santé mentale. Cependant, les résultats d'une étude qui avait comme objectif de présenter la perspective de 28 personnes âgées entre 55 et 76 ans (moyenne de 61 ans \pm 6 ans) ayant un diagnostic de schizophrénie de leur propre état de santé ont indiqué qu'avoir un sentiment d'appartenance peut aider ces personnes à se sentir en bonne santé physique (Leutwyler, Chafetz et Wallhagen, 2010). Selon les participants, le sentiment d'appartenance est associé non seulement au fait d'avoir des liens avec d'autres personnes, mais également avoir des connexions dans un lieu physique. Une autre étude, qui avait l'objectif de décrire les obstacles et facilitateurs rencontrés par 16 personnes âgées de 55 ans et plus, ayant un diagnostic de schizophrénie, lorsqu'ils s'engagent dans des activités physiques, a mentionné qu'avoir un sentiment d'appartenance à un groupe ou un lieu est un élément qui peut faciliter leur engagement dans ce type d'activités (Leutwyler, Hubbard, Slater et Jeste, 2014). Considérant que le sentiment d'appartenance est défini dans l'analyse de concept de Hagerty, Lynch-Sauer, Patusky, Bouwsema et Collier (1992) comme étant « l'expérience de la participation personnelle à un système ou à un environnement, de sorte que les personnes sentent qu'ils font partie intégrante de ce système ou environnement [traduction libre] » (Hagerty et coll., 1992, p.172), il semble être important que les âînés puissent participer et contribuer personnellement à la société, afin de sentir qu'ils font partie intégrante de celle-ci. Pour certains, cela les aiderait à conserver ou retrouver le goût de vivre, malgré la présence de problématiques de santé mentale.

De plus, lorsque cette double stigmatisation survient, elle a tendance à occasionner deux fois plus de défis en ce qui concerne l'inclusion (Baumgartner et Burns, 2014). Ces défis risquent alors de créer un obstacle significatif au rétablissement de plusieurs âînés, considérant que l'inclusion sociale est identifiée par l'OMS (2004) comme étant un déterminant important de la santé mentale de tout individu. L'inclusion sociale consiste entre autres à être accepté par les autres tel qu'on est, tout en se trouvant dans un environnement offrant un maximum de possibilités qui nous permet de participer à notre plein potentiel dans notre environnement (Felicity, 2001). L'inclusion se distingue de l'intégration en n'exigeant pas à la personne de modifier sa manière

d'être et d'agir de sorte à se conformer aux normes de la société (Dallaire et McCubbin, 2008). Il s'agit plutôt ici d'identifier les éléments pouvant être adaptés au niveau social et qui pourraient favoriser la participation des individus. En ce sens, la société doit être composée de lieux qui sont inclusifs, offrant des occasions à ces individus de participer socialement tel qu'ils le désirent, et s'ils le désirent, sans se faire juger, et ce, en restant eux-mêmes en relation d'égalité avec les autres.

À la lueur de ces informations, il s'avère intéressant d'identifier les lieux dans lesquels les aînés ayant une problématique de santé mentale ont un sentiment d'appartenance afin d'explorer leur inclusion dans l'environnement.

2.2. L'inclusion dans l'environnement : espaces favorisant l'inclusion

Une étude menée auprès de 40 adultes ayant une problématique de santé mentale et qui avait comme objectif d'explorer les expériences vécues par ces derniers dans la communauté, a indiqué les espaces d'activités qui sont les plus fréquentés par ces adultes. Le domicile (n=40) est le lieu le plus fréquenté, suivi des espaces d'activités quotidiennes tels que l'épicerie, les restaurants et les centres d'achat (n=37), des lieux liés à la santé par exemple un centre de santé mentale, un organisme en santé mentale et/ou des hôpitaux (n=30), suivi des lieux permettant de faire des loisirs ou du social (n=26) et des espaces permettant de travailler, faire du bénévolat ou avoir accès à l'éducation (n=9) (Townley et coll., 2009). Les auteurs mentionnent que pour 55% de leurs participants, le domicile est l'endroit où ils ont le plus fort sentiment d'appartenance, tandis que pour 17% il s'agit plutôt des lieux d'activités quotidiennes, alors que pour 15% il s'agit des endroits où ils réalisent leurs loisirs et font leurs activités sociales, puis 13% dans un lieu relié à leur santé. Aucun participant n'a identifié un lieu de travail/bénévolat/social comme étant celui à lequel il appartient le plus. Ainsi, il devient intéressant de savoir si les espaces permettant l'inclusion et la création d'un sentiment d'appartenance sont les mêmes chez les personnes âgées ayant une problématique de santé mentale.

Pour tenter de mieux comprendre les difficultés occupationnelles et psychosociales vécues par les aînés ayant des problématiques de santé mentale, il semble intéressant d'explorer le concept d'espace favorisant l'inclusion comme une avenue qui contribuerait possiblement à leur rétablissement. Comme il y a peu de documentation à ce sujet, il est intéressant d'explorer ce

phénomène pour savoir comment leur sentiment d'inclusion se manifeste au quotidien. C'est-à-dire dans quels endroits, en réalisant quels types d'activités et également auprès de quelles personnes ils se sentent inclus. Les sections qui suivent présentent certains bienfaits reliés aux espaces favorisant l'inclusion ainsi que la théorie de la pression environnementale.

2.2.1. Bienfaits reliés aux espaces favorisant l'inclusion

Dans une étude menée auprès de 83 aînés, dont la moyenne d'âge était de $80,8 \pm 3,9$ ans, Wiles et collaborateurs (2009) ont soulevé à la suite de leurs résultats qu'un sentiment d'attachement à des lieux permet pour la majorité d'entre eux de donner un sens à leur vie, de contribuer à leur bien-être, en plus de faciliter leur adaptation en regard des divers changements entraînés par le vieillissement. Ils ont également remarqué que le sentiment d'attachement aux espaces a une forte tendance à s'intensifier avec le vieillissement.

Bryant, Tibbs et Clark (2011) ont quant à eux soulevé, dans leur recherche effectuée auprès de cinq utilisateurs de services de jour en santé mentale, que leurs participants considéraient qu'il était essentiel pour eux d'avoir des espaces qu'ils trouvent sécuritaires pour participer dans leur communauté et pour leur permettre de se créer des réseaux sociaux. Les participants ont également mentionné que les espaces sociaux sont centraux pour avoir des contacts sociaux et réaliser des occupations qui font sens pour eux.

Dans leur étude menée auprès de huit adultes ayant des problématiques de santé mentale, Hvalse et Josephsson (2003) ont mentionné que pour leurs participants, le fait d'avoir des relations sociales de soutien et de fréquenter des espaces qui leur permettent de faire des rencontres est nécessaire pour être en mesure d'avoir des occupations signifiantes et une identité occupationnelle satisfaisante.

La mise en commun de ces études laisse présager que ces espaces d'inclusion ont le pouvoir d'influencer l'état de santé mentale des gens. Ainsi, la fréquentation d'espaces inclusifs pourrait aussi être bénéfique pour favoriser le bien-être des aînés ayant des problématiques de santé mentale. En effet, ils pourraient offrir des opportunités occupationnelles par le biais d'activités à réaliser en compagnie d'autres personnes, ou bien, par l'actualisation de rôles sociaux. Ces

opportunités favoriseraient un sentiment d'appartenance et pourraient, pour certains, optimiser leur état de santé mentale.

2.2.2. Théorie de la pression environnementale

La théorie de la pression environnementale, élaborée par Lawton et Nahemow (1973), soulève que le bien-être des aînés provient de l'équilibre entre leurs ressources personnelles et les exigences de leur environnement. Celle-ci stipule que si les pressions de l'environnement sont trop élevées pour leurs capacités, cela leur fait vivre un stress excessif les amenant à se désinvestir de celui-ci. Au contraire, si les pressions de l'environnement sont trop faibles, les aînés s'ennuient et finissent également par se désinvestir. Dans les deux cas, en se d  sinvestissant de leur environnement, ils risquent davantage de s'isoler. Il faut donc, dans l'idéal, que les exigences de l'environnement exc  dent légèrement leurs ressources personnelles, afin qu'ils aient continuellement un défi adapté à leurs capacités à relever. La présence de pressions adéquates au sein des environnements fréquentés tend à supporter leur engagement au sein de ceux-ci. Cette adéquation tend ainsi à favoriser leur inclusion au sein de leurs environnements, notamment la communauté dans laquelle ils vivent.

Sachant qu'il y a une interaction dynamique entre la personne, son environnement et ses occupations (Law et coll., 1996), une attention doit être portée pour que les pressions environnementales exercées sur les personnes âgées ayant des problématiques de santé mentale soient correctement adaptées, afin de favoriser leur engagement occupationnel, ainsi que leur inclusion sociale. Pour ce faire, les espaces inclusifs doivent être flexibles et s'adapter le plus possible à l'ensemble des individus qui les fréquentent.

2.3. But et objectifs de la recherche

   la lueur de ces informations, il est pertinent d'amorcer l'exploration des espaces inclusifs auprès de cette clientèle dans le but de favoriser leur engagement occupationnel et leur inclusion au sein de la société. Le fait que ce sujet n'a pas été abordé auprès des aînés dans les écrits scientifiques et que l'ergothérapeute ait un rôle pour s'assurer que les espaces soient adaptés pour les capacités de tous appuie la pertinence de réaliser la recherche sous cet angle. De plus, le fait que la problématique n'est pas vécue par les aînés de la même manière que les adultes soutient

également la nécessité d'étudier ce phénomène spécifiquement auprès des personnes de cette tranche d'âge. Ainsi, le but de la présente étude est donc d'explorer les espaces inclusifs des individus âgés de 60 ans et plus ayant une problématique de santé mentale qui habitent dans la région de la Mauricie-Centre-du-Québec.

Plus spécifiquement, cette étude vise à 1) identifier les espaces inclusifs selon le point de vue des aînés présentant des problématiques de santé mentale; 2) explorer les occupations réalisées dans ces espaces inclusifs et; 3) explorer l'expérience vécue dans les espaces considérés inclusifs.

2.4. Pertinence du projet

Le présent projet de recherche a été mené en raison du fait qu'il a démontré une pertinence tant aux niveaux social, professionnel que scientifique.

2.4.1. Au niveau social

Actuellement, les individus âgés de 65 ans et plus représentent 18,6 % de la population québécoise (Statistique Canada, 2017) et augmenteront jusqu'à 25,2% d'ici 2031 (Institut de la Statistique du Québec, 2016). L'augmentation du nombre d'aînés au sein de la population fera également accroître le nombre de personnes âgées qui souffrent de problématique de santé mentale au sein de notre société. Il s'agit donc d'une problématique grandissante que nous devons bien comprendre si l'on souhaite poser des actions adéquates pour diminuer, voire prévenir, les différentes conséquences qui peuvent y être associées, notamment la double stigmatisation, la diminution du sentiment d'appartenance, des difficultés à s'inclure dans la communauté et à réaliser certaines occupations désirées. Pour cette raison, les professionnels, dont l'ergothérapeute, doivent connaître les besoins de ces aînés s'ils souhaitent mettre en place les interventions les plus appropriées pour eux et ainsi les accompagner le plus possible vers le rétablissement.

2.4.2. Au niveau professionnel

Sachant que l'inclusion sociale consiste entre autres à être accepté par les autres tels qu'on est, dans un environnement offrant un maximum de possibilités qui nous permet de participer à notre plein potentiel au sein de notre environnement (Felicity, 2001), il est intéressant de la percevoir sous la vision ergothérapique. Comme l'ergothérapeute est un expert en habilitation de

l'occupation, il a les compétences pour « analyser et proposer des conceptions physiques en vue de favoriser l'intégration et l'accessibilité dans [les] environnement[s] construit[s] » (Association des ergothérapeutes [ACE], 2012, p.8). Il est également en mesure d'analyser les exigences requises pour parvenir à réaliser des tâches et activités, en tenant compte des difficultés de chaque individu et trouver des solutions pour pallier à celles-ci (ACE, 2012). En ce sens, l'ergothérapeute est un professionnel qui peut contribuer à comprendre le phénomène d'inclusion sociale des aînés présentant des problématiques de santé mentale, en s'assurant que les exigences des environnements qu'ils côtoient, ainsi que celles des activités qui y sont incluses correspondent à leurs capacités. De plus, en tant qu'agent de changement, il peut contribuer à « revendiquer les changements requis en ce qui a trait aux déterminants de la santé, au bien-être et à l'équité pour les clients recevant des services, y compris [...] les populations » (ACE, 2012, p.13). Autrement dit, il est en mesure de plaider pour les personnes âgées présentant une problématique de santé mentale, afin de faire évoluer le Québec vers une société plus inclusive, pour qu'il accepte et s'adapte à tous les citoyens, et ce, peu importe leurs difficultés.

2.4.3. Au niveau scientifique

À la suite de la recension des écrits qui a été menée dans le but de documenter cette problématique, il y a été constaté qu'il y a très peu d'études portant sur la santé mentale des personnes âgées, et encore moins sous l'angle de l'inclusion. Cette présente étude a donc été menée pour tenter de pallier à ce vide de connaissances.

Comme chaque stade de la vie est différent les uns des autres dû au fait que l'humain évolue et n'a pas les mêmes intérêts et préoccupations durant son enfance, son adolescence, sa période de vie adulte et lorsqu'il devient âgé, cela permet de croire que les études menées auprès des adultes ne peuvent pas toutes se transférer à la population âgée. D'où l'intérêt d'étudier le phénomène de manière distincte. Cette vision est également supportée par certaines études. Effectivement, Daley et collaborateurs (2013) ont mentionné à la suite de leur recherche que les aînés, comparativement aux adultes, n'ont pas tendance à aspirer au développement d'un nouveau sens à leur identité et ne recherchent généralement pas non plus le soutien d'autres individus vivant des difficultés s'apparentant aux leurs. Pour la plupart, ils souhaitent plutôt maintenir leur identité en diminuant et gérant eux-mêmes les impacts négatifs reliés à leur problématique de santé mentale, et ce, en

mettant en place des stratégies d'adaptation qui sont efficaces pour eux. Comme il semble avoir des distinctions entre la manière dont les problématiques de santé mentale sont vécues par les aînés et par les adultes, il s'avère pertinent d'explorer le phénomène sous l'angle des aînés pour connaître davantage les besoins de ceux-ci si l'on souhaite éventuellement élaborer des pistes d'actions concrètes pour y répondre de manière adéquate.

3. CADRE CONCEPTUEL

Cette section présente les fondements théoriques sur lesquels se base la présente étude. Elle vise donc à définir le concept central de cette recherche, soit celui d'espaces inclusifs, qui constitue par le fait même le cadre conceptuel de ce présent essai. Étant donné qu'il s'agit d'un terme innovateur et peu utilisé à ce jour dans la littérature, il est pertinent de commencer sa présentation en définissant d'abord les deux termes qui le constituent, soit celui d'espace et d'inclusion. Cette étape préalable permet de bien saisir l'essence derrière le choix de ce concept central. Ainsi, cette section présente l'analyse du concept d'espace, suivi de celle d'inclusion en utilisant une méthode inspirée de celle élaborée par Walker et Avant (2005). Cette dernière consiste en sept étapes dont : 1) choisir le concept; 2) définir le but de son analyse; 3) établir ses différents usages; 4) déterminer ses attributs; 5) identifier un cas modèle; 6) identifier ses antécédents et ses conséquents; et puis 7) identifier ses référents empiriques. Dans le cadre de ce présent essai, deux d'entre elles sont reprises pour définir le concept d'espace, soit la troisième ainsi que la quatrième. Ces deux étapes sont également effectuées pour définir le concept d'inclusion, à laquelle s'ajoute la réalisation de la sixième étape. À la suite de ces deux analyses, la définition d'un espace inclusif est présentée, puis les caractéristiques observables de ce concept sont exposées.

3.1. Définition d'un espace

3.1.1. Différents usages du concept d'espace

Le tableau suivant présente les différents usages du concept d'espace. Cette étape consiste à rapporter les termes utilisés par différents auteurs dans le but de définir le concept étudié (Walker et Avant, 2005). Il est important de mentionner que les définitions retenues dans le cadre de ce présent essai n'ont pas fait état d'une recension exhaustive des écrits. Toutefois, comme il s'agit d'un concept qui n'a pas encore été défini à ce jour en ergothérapie, une recherche approfondie a été réalisée, et ce, en tenant compte de différents domaines d'études pour voir la manière dont ils le définissent. Cela a été fait dans le but d'avoir une vision élargie du concept pour assurer de retenir des usages qui sont en accord avec les valeurs et intérêts de la profession.

Tableau 1.
Les différents usages du concept d'espace

Auteur(s) et année de publication	Définition	Domaine de provenance
Tuan (1977)	Un espace est un détenteur de possibilités et peut se transformer à tout instant en lieu d'occupation, dès qu'il devient davantage connu par une personne et que cette dernière lui donne un sens et une valeur.	Géographie
Merriman et coll. (2012, p.12)	« Construction culturelle et expérientielle dont la signification peut varier considérablement d'une personne à l'autre [traduction libre] ».	Géographie
Taylor et Spicer (2007)	Bien plus qu'un simple emplacement géographique. Il est un détenteur de réseaux d'individus et d'organisations.	Comptabilité et gestion : relations industrielles
Soja (1989)	Produit social, où le concept de spatialité tient compte des transformations et expériences culturelles qui reflètent les différentes interactions sociales.	Géographie

3.1.2. Attributs du concept d'espace

La quatrième étape consiste à faire ressortir les attributs du concept analysé. Autrement dit, elle vise à déterminer les caractéristiques utilisées par les différents auteurs pour décrire le concept d'espace (Walker et Avant, 2005). Ainsi, en fonction des définitions présentées ci-haut, il est possible de déterminer qu'un espace n'est pas seulement un lieu géographique, il s'agit d'une construction culturelle et sociale, dans laquelle des expériences sont vécues, des occupations sont réalisées et des interactions sociales sont possibles, sans oublier qu'un espace détient un sens pour la personne qui le fréquente (Tuan, 1977; Merriman et coll., 2012; Taylor et Spicer, 2007; Soja, 1989).

3.2. Définition du concept d'inclusion

La courte analyse du concept d'inclusion qui suit est également inspirée de la méthode élaborée par Walker et Avant (2005). Elle reprend cette fois-ci trois étapes conçues par ces auteurs, soient la troisième, la quatrième, ainsi que la sixième.

3.2.1. Différents usages du concept d'inclusion

Le tableau suivant présente différentes définitions utilisées dans la littérature pour expliquer le concept d'inclusion. Encore une fois, une recherche a été réalisée dans différents domaines d'étude pour intégrer des usages qui correspondent à la vision de l'ergothérapie. Prendre note que l'usage du concept d'intégration de Wong et Solomon (2002) a été retenu, car la manière

dont ces auteurs définissent ce concept se compare dans la littérature davantage à la manière dont l'inclusion est décrite plutôt qu'à l'intégration.

Tableau 2.
Les différents usages du concept d'inclusion

Auteur(s) et année de publication	Définition	Domaine de provenance
Baumgartner et Burns (2014, p.362)	L'inclusion sociale va au-delà de participer dans la communauté; c'est le fait d'avoir un pouvoir d'agir et l'opportunité de participer dans la société tel que souhaité. En ce sens, l'inclusion sociale s'apprécie à l'aide des concepts suivants : « sentiment d'appartenance à la communauté, acceptation sociale, niveau de participation à la vie communautaire et civique, le pouvoir d'agir et la capacité à choisir de participer ou non, les opportunités et obstacles à la participation [traduction libre] ».	Sciences sociales et comportementales
Billette, Lavoie, Séguin et Van Pevenage (2012, p.11)	« L'inclusion [...] va au-delà de l'intégration sociale et repose sur deux composantes essentielles : la reconnaissance et la redistribution [...] une réelle inclusion sociale ne peut s'incarner que lorsqu'on reconnaît les aînés comme ayant une valeur sociale égale à la nôtre, et qu'on leur donne accès aux pouvoirs et aux ressources nécessaires pour que leurs voix soient entendues et prises en compte. »	Gérontologie sociale
Dallaire et McCubbin (2008, p. 252-253)	« Notion proactive [...] [qui] désigne les efforts visant à faire en sorte que tous les individus et tous les groupes participent à l'ensemble social et en soient des membres valorisés. Elle va au-delà de la simple idée d'amener "en-dedans" ceux qui sont "en-dehors". »	Travail social
Felicity (2001)	Accepter autrui avec ses différences et lui offrir un maximum de possibilités qui lui permettent de participer au sein de son environnement à son plein potentiel.	Éducation
Wong et Solomon (2002)	Concept avec trois dimensions : physique (être dans des lieux avec d'autres personnes), sociale (avoir des interactions réciproques de qualité avec autrui) et psychologique (manière dont une personne perçoit son sentiment d'appartenance à la communauté).	Travail social

3.2.2. Attributs du concept d'inclusion

Les principales caractéristiques employées dans le but de décrire le concept d'inclusion sont : avoir accès à toutes les opportunités et ressources nécessaires pour participer à des activités dans la communauté, tout en ayant des relations sociales réciproques avec les autres, en plus d'avoir un pouvoir d'être et d'agir, d'être accepté tel qu'on est, d'être valorisé ainsi que reconnu et qu'il s'agit d'un concept constitué de trois dimensions soit physique, sociale et psychologique. (Baumgartner et Burns, 2014; Billette et coll., 2012; Dallaire et McCubbin, 2008; Felicity, 2001; Wong et Solomon, 2002).

3.2.3. Antécédents et conséquents du concept d'inclusion

Le besoin de contribuer dans sa communauté, sentir valorisé, de savoir qu'il y a de gens qui nous apprécient et tiennent à nous et de sentir qu'on est accepté tel qu'on est, malgré l'existence de différences interpersonnelles sont des antécédents du concept d'inclusion. C'est-à-dire qu'il s'agit des éléments qui influencent et contribuent à l'inclusion (Walker et Avant, 2005). Le sentiment d'appartenance, l'engagement occupationnel, le bien-être, le rétablissement, ainsi que l'amélioration de la qualité de vie (Baumgartner et Burns, 2014; Billette et coll., 2012; Felicity, 2001; Wong et Solomon, 2002) correspondent quant à eux aux conséquents du concept. Il s'agit des conséquences qui surviennent lorsque l'inclusion est présente à moyens, voire longs termes.

3.3. Définition d'un espace inclusif

En analysant le concept d'espace ainsi que celui d'inclusion, il est ainsi possible de créer une définition théorique d'un espace inclusif qui se base sur les différents usages des deux termes qui le constituent. Ainsi, un espace inclusif est un lieu d'expérience occupationnelle, qui offre des opportunités d'activités et d'interactions sociales réciproques, où tous les individus ont un pouvoir d'être et d'agir et peuvent choisir de participer aux activités offertes et de redonner à la communauté, et ce, en étant acceptés tel qu'ils sont (Tuan, 1977; Merriman et coll., 2012; Taylor et Spicer, 2007; Soja, 1989; Baumgartner et Burns, 2014; Felicity, 2001; Wong et Solomon, 2002; Dallaire et McCubbin, 2008). De plus, un espace inclusif est un lieu ayant des caractéristiques qui invitent les aînés ayant une problématique de santé mentale à interagir avec celui-ci. Ainsi, selon la théorie de la pression environnementale (Lawton et Nahemow, 1973), les exigences environnementales de cet espace inclusif doivent offrir à ces aînés des défis à relever, qui excèdent légèrement leurs ressources personnelles, tout en étant adaptés à leurs capacités, pour tenter d'optimiser leur engagement au sein de celui-ci.

3.3.1. Caractéristiques observables du concept d'espace inclusif

Ainsi en se basant sur cette définition, il est possible de déterminer qu'un lieu devient un espace inclusif pour quelqu'un lorsque l'ensemble de ces caractéristiques sont observées : 1) l'espace a de caractéristiques qui invitent l'individu à interagir avec lui de sorte à lui offrir des défis adaptés à relever ; 2) l'espace devient un lieu d'occupation pour cet individu, dans lequel ce dernier a ; 3) des interactions sociales réciproques, c'est-à-dire qu'il participe à des échanges

sociaux dans lesquels chaque partie s'implique pour alimenter l'interaction existante entre eux; 4) où l'individu en question a un pouvoir d'agir, donc il a la possibilité de choisir de participer ou non aux activités offertes dans ce lieu et; 5) où ce même individu a un pouvoir d'être, c'est-à-dire qu'il se sent valorisé et accepté tel qu'il est.

4. MÉTHODE

La présente section vise à exposer les aspects méthodologiques de cet essai. Ainsi, elle sert à décrire la démarche scientifique utilisée pour atteindre les trois objectifs spécifiques de cette étude qui sont les suivants : identifier les espaces inclusifs des personnes âgées ayant des problématiques de santé mentale, explorer les occupations réalisées à l'intérieur de ceux-ci et explorer l'expérience vécue dans ces espaces. Elle expose donc le type de devis de recherche utilisé, la méthode d'échantillonnage employée, ainsi que les critères d'inclusion et d'exclusion des participants, en plus de présenter la méthode de collecte de données, la méthode d'analyse des données, ainsi que les considérations éthiques qui ont été prises en compte afin de conduire cette présente étude.

4.1. Le devis de recherche

Afin de répondre aux objectifs de cette recherche, un devis d'étude descriptive qualitative est utilisé (Fortin et Gagnon, 2016). Celui-ci permet de décrire un phénomène peu connu à l'intérieur « [d'] un milieu naturel dans lequel on cherche à découvrir le qui, le quoi et le lieu d'une expérience » (Fortin et Gagnon, 2016, p.200). À noter que cette présente recherche s'inscrit également dans le cadre d'une étude de plus grande envergure menée par Aubin et collaborateurs (en cours).

4.2. Participants

Cette étude cible les personnes âgées ayant une problématique de santé mentale qui vivent dans la province du Québec. Pour des raisons de faisabilité, la population accessible pour ce présent essai est les aînés qui habitent la région de la Mauricie-Centre-du-Québec. Ces derniers doivent répondre à certains critères d'inclusion, tout en ne cadrant pas dans le critère d'exclusion.

4.2.1. Critères d'inclusion

Pour assurer l'obtention d'un échantillon représentatif de la population visée, les participants doivent avoir 60 ans et plus, avoir un diagnostic en santé mentale, en plus de comprendre et parler français. Le diagnostic est auto-rapporté par le biais de la complétion du questionnaire sociodémographique (voir la 11^e question du questionnaire à l'annexe A).

4.2.2. Critères d'exclusion

Les individus qui sont considérés inaptes, c'est-à-dire qu'ils ont un mandat d'inaptitude aux biens et à la personne, sont exclus de cette présente recherche.

4.2.3. Méthode d'échantillonnage

Dans le but de recruter un échantillon constitué de participants répondant aux critères de sélection, l'échantillonnage non probabiliste par réseaux a été utilisé. Ainsi, le projet a été présenté à deux organismes en santé mentale de la région, soit le Regroupement des organismes de base en santé mentale (R.O.B.S.M.) ainsi que le centre de jour le Phénix Mauricie/Mékinac. Comme ils ont tous les deux démontré un intérêt en regard de cette étude, les critères d'inclusion et d'exclusion des participants recherchés ont été remis aux responsables et intervenants par le biais d'une lettre d'information, afin qu'ils recrutent les membres qui y répondent. Ils ont ensuite établi le lien pour que chacun des participants potentiels reçoive de plus amples informations concernant le projet. Ainsi, l'ensemble des participants ont reçu les informations relatives au projet lors d'une rencontre en personne, qui a eu lieu pour certains au R.O.B.S.M. à Trois-Rivières et pour d'autres au Phénix à Shawinigan. L'admissibilité de chacun d'entre eux a été vérifiée dès le début de la prise de contact avec eux, dans le but d'assurer que l'échantillon respecte bel et bien les caractéristiques recherchées (Portney et Watkins, 2009).

4.3. Collecte des données

La collecte de données a eu lieu de manière individuelle pour tous les participants. Chacun d'entre eux a été rencontré dans un lieu qu'il avait choisi. Au début de la rencontre, qui avait une durée d'environ une heure et demie, un formulaire de consentement a été rempli. Suite à cela, trois outils de collecte de données ont été administrés par l'étudiante qui a mené cette étude. Ceux-ci sont présentés dans la section qui suit.

4.3.1. Outils d'évaluation

Afin de collecter les données permettant de répondre aux objectifs de cette présente étude, trois outils ont été administrés, soit un questionnaire sociodémographique, l'évaluation de l'aire de mobilité, ainsi que la Carte du monde. Les trois outils ont été préalablement testés auprès de deux adultes qui n'ont pas de problématique de santé mentale. À la suite des pratiques effectuées,

certaines éléments ont été modifiés à la Carte du monde pour faciliter la compréhension de ses consignes et de ses questions. Notamment, certains termes ont été vulgarisés à la suite du premier test, puisqu'ils suscitaient des clarifications de la part de la personne questionnée. À la suite du second test, certaines questions ont été reformulées de sorte à les ouvrir davantage pour inviter les gens à élaborer en détail sur leurs expériences. Ces modifications ont été faites pour assurer la compréhension des participants ainsi que l'obtention de données riches en contenu. Au total, trois tests ont été réalisés pour la Carte du monde, soit deux fois avec la même personne (lors du premier et dernier tests). Effectivement, le troisième test n'a entraîné aucune modification et a permis de déterminer que celles qui avaient été apportées étaient concluantes. À ce moment, la collecte de données avec les participants a pu être amorcée.

4.3.1.1. Questionnaire sociodémographique

Tout d'abord, un questionnaire sociodémographique (voir annexe A) visant à connaître les caractéristiques des participants a été rempli. Son administration prend cinq à dix minutes et comprend 17 questions dont entre autres l'âge, le genre, le statut économique, le type de résidence, la perception de sa santé mentale et physique et la satisfaction en regard de la vie. Ces informations ont été recueillies dans le but de décrire les participants de l'étude.

4.3.1.2. Évaluation de l'aire de mobilité

L'évaluation de l'aire de mobilité est la version canadienne-française du *Life-Space Assessment* (voir annexe B) qui a été adaptée par Auger et collaborateurs en 2009. Cet outil prend cinq à dix minutes à compléter et a comprend vingt items visant à déterminer qu'elles ont été les habitudes de déplacement des participants au cours de quatre dernières semaines ayant précédé la collecte de données. Cela permet de connaître l'étendue des interactions qu'ils ont avec leur environnement physique, qui est divisé en six différentes aires de mobilité, soit: 1) L'aire 0 qui correspond à la chambre à coucher du participant; 2) L'aire 1 qui constitue les autres pièces du domicile; 3) L'aire 2 qui correspond aux espaces se trouvant autour du domicile; 4) L'aire 3 qui représente le voisinage (espaces situés à moins d'un kilomètre du domicile); 5) L'aire 4 qui correspond à la ville où la personne habite (lieux se trouvant à plus d'un kilomètre du domicile, mais à moins de quinze kilomètres); et finalement 6) L'aire 5 qui est les espaces situés à l'extérieur de la ville (ceux localisés à plus de quinze kilomètres du domicile). Après avoir été questionné

dans le but de savoir s'il fréquente ces différentes aires, les participants indiquent la fréquence hebdomadaire des déplacements faits dans ces aires et s'ils ont eu besoin d'aides techniques, d'équipements particuliers, ou bien l'aide d'une personne pour s'y rendre (Auger, Demers et Gélinas, 2008).

La version française de cet outil a été validée auprès de 40 personnes âgées de 50 ans et plus (Auger et coll., 2009). Il en ressort que la traduction a une bonne validité de contenu, c'est-à-dire que le sens des questions est demeuré le même que dans la version originale anglaise. Il a également été démontré qu'elle a une excellente fidélité test-retest, à la suite de l'obtention d'un coefficient de corrélation de 0,87. De plus, le processus de validation a permis de confirmer que les questions sont bien comprises par les personnes de 50 ans et plus.

4.3.1.3. Carte du monde

Cet outil, originalement intitulé carte mentale, a été développé en 2015 par Aubin et Groleau et est inspiré de la méthode élaborée par Townley et collaborateurs (2009). Afin d'obtenir des données permettant de répondre aux objectifs de cette étude, les consignes ainsi que les questions posées à la suite de la production graphique ont été modifiées par l'étudiante chercheuse de ce présent essai, afin que la discussion soit centrée sur le thème des espaces inclusifs. La version modifiée du guide révisé de Aubin et Groleau (2017) se retrouve à l'annexe C de ce document.

Dans un premier temps, les participants doivent réaliser une carte qui représente les espaces dans lesquels ils se sentent inclus. Pour ce faire, ils ont à leur disposition deux formats de papier (8 ½ po x 11 po et 8 ½ po x 14 po) ainsi que plusieurs types de crayons de couleurs variées. Différentes formes prédécoupées (triangle, rectangle, carré, cercle) dans du carton de couleurs variées peuvent être offertes aux participants qui ne se souhaitent pas dessiner, afin qu'ils puissent tout de même représenter leurs espaces d'inclusion sur leur carte. Il est proposé de faire le dessin en une vingtaine de minutes.

Tel que suggéré par Groleau (2015), des encouragements peuvent être fournis aux participants pour les inciter à amorcer la tâche s'ils sont hésitants. De l'aide peut également être

apportée tout au long du processus de production, sous forme de suggestions de lieux à dessiner ou de point de départ pour amorcer le dessin.

Dans un deuxième temps, lorsque la production est terminée, les participants sont invités à décrire leur production, puis l'administrateur pose ensuite des questions concernant leur sentiment d'inclusion et d'appartenance aux espaces qui sont identifiés sur la carte. Dans ce présent essai, les questions posées ont pris la forme d'entrevue semi-structurée, d'une durée de 30 à 45 minutes. La conversation était alimentée par des questions établies aux préalables dans le guide d'administration, qui se trouve dans l'annexe C de ce présent essai.

Il a été soulevé dans l'étude de Huot et Laliberte Rudman (2015) que l'utilisation d'une carte, produite par les participants, pour parler d'occupations permet d'identifier des éléments de la routine des gens qu'ils auraient omis si cela avait été discuté seulement en entrevue. Effectivement, parfois les gens n'abordent pas certains détails en raison du fait qu'ils ne pensent pas que ceux-ci seraient pertinents à partager alors que c'est le cas. Ils ont également trouvé que l'utilisation d'une carte est efficace pour « comprendre en profondeur la centralité des routines occupationnelles et des occupations significantes dans le quotidien [traduction libre] » (Huot et Laliberte Rudman, 2015, p.148) de leurs participants et des contextes entourant les expériences occupationnelles vécues par ceux-ci.

4.4. Analyse des données

Cette section présente les méthodes d'analyses de données utilisées pour le questionnaire sociodémographique, l'évaluation de l'aire de mobilité, puis la carte du monde.

4.4.1. Analyse du questionnaire sociodémographique

Considérant que cette présente étude a été réalisée auprès de cinq participants, les réponses obtenues par le biais du questionnaire sociodémographique sont présentées sous forme de tableaux descriptifs, afin de dresser un portrait des participants. Ce choix a été fait dans le but de faciliter la lecture des données et c'est également pour cette raison que les résultats de ce questionnaire n'ont pas fait l'objet d'aucune statistique descriptive.

4.4.2. Analyse de l'Évaluation de l'aire de mobilité

Dans un premier temps, les données obtenues à l'aide de cet outil ont été analysées de manière qualitative. C'est-à-dire que les réponses obtenues aux différents items ont été utilisées pour déterminer la localisation des activités quotidiennes des participants par rapport à leur domicile. Cela a permis de dresser un portrait qui illustre les aires les plus fréquentées pour déterminer dans quelles aires les participants passent le plus de temps. Dans un second temps, elles ont été analysées de manière quantitative en cotant les quatre différents scores de cet outil qui permettent de documenter les déplacements des participants en dressant un portrait de leur mobilité et de leur indépendance. D'abord, il y a le score composé, qui est obtenu en multipliant les niveaux d'aires de mobilité atteints, avec la fréquence des déplacements effectués dans chacune d'entre elles et l'aide requise pour s'y rendre. Un résultat sur 120 est alors obtenu, « où 120 correspond à une aire de mobilité sans restriction » (Auger et coll., 2008, p.8). Ensuite, il y a le score Indépendant (LS-I) qui consiste au plus haut niveau d'aire de mobilité que la personne peut atteindre sans avoir recours à une aide-technique ou humaine. Puis, il y a le score Équipement (LS-E) qui représente le plus haut niveau d'aire de mobilité atteint en utilisant une aide-technique, sans toutefois avoir recours à de l'aide humaine. Pour terminer, il y a le score Maximal (LS-M) qui est le plus haut niveau d'aire de mobilité atteint, et ce, peu importe si l'individu a besoin d'utiliser une aide-technique ou l'aide d'une autre personne. Pour les sous-échelles LS-I, LS-E et LS-M un score entre 0 et 5 est obtenu, « où 5 correspond à une aire de mobilité sans restriction » (Auger et coll., 2008, p.8).

4.4.3. Analyse de la carte du monde

Dans un premier temps, les productions graphiques seront décrites. Les choix de matériaux, le nombre d'espaces inclusifs identifiés, la façon dont ceux-ci sont représentés (deux ou trois dimensions), la conformité entre la carte produite et leur monde réel (comparaison de leur localisation géographique à l'aide de *GoogleMaps*), ainsi que l'espace utilisé sur la feuille seront présentés. La capacité des participants à amorcer la tâche sera également mentionnée. Après quoi le nombre d'espaces inclusifs fréquentés par les participants sera exposé à l'aide d'une moyenne, de son écart-type et de l'étendue pour dresser un portrait des espaces inclusifs fréquentés.

Dans un second temps, les verbatim obtenus à la suite des questions posées sur les productions graphiques ont fait l'objet d'une analyse de contenu inspirée de la *Framework Approach* (Ritchie et Lewis, 2003). Cette méthode consiste à effectuer une analyse thématique qui permet d'explorer en profondeur les données, tout en conservant des pistes transparentes de l'ensemble du processus qui est effectué pour l'analyse. Ce processus itératif permet dans un premier temps d'identifier des codes initiaux, puis des catégories initiales regroupant les codes qui présentent des idées récurrentes et significantes. Après quoi, une matrice de codes, présentant les codes, accompagnés d'extraits de verbatim qui y sont associés, en plus des réflexions préliminaires menant aux catégories initiales sont développées. À la suite de cette étape, les catégories initiales sont raffinées, pour formuler les thèmes initiaux, en regroupant des catégories ensemble. Après quoi les thèmes sont raffinés pour obtenir les thèmes finaux. La dernière étape élaborée par Ritchie et Lewis (2003), qui consiste à développer des concepts à l'aide des thèmes finaux, ne sera pas effectuée dans le cadre de ce présent essai, puisqu'elle n'est pas jugée pertinente pour celui-ci.

4.5. Considérations éthiques

Ce projet de recherche a été approuvé par le Comité éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Un certificat éthique portant le numéro CER-18-243-07.12 a été obtenu le 12 mars 2018.

4.5.1. Consentement

Lors du premier contact avec les participants, l'étude leur a été expliquée et ils ont été encouragés à poser leurs questions en regard du projet. À la suite de quoi, une lettre d'information a été envoyée par courriel à ceux qui en possédaient un et a été remise en personne aux autres lors de la rencontre individuelle pour la collecte de données. Cette lettre, qui présente l'ensemble des informations nécessaires à un consentement éclairé a été lue en personne avec l'ensemble des participants avant de commencer la collecte de données. À ce moment, ceux-ci ont été encore une fois invités à poser des questions pour assurer l'obtention d'un consentement éclairé. De plus, il a été mentionné à chacun d'entre eux qu'ils n'étaient pas obligés de répondre à une question si cette dernière les rendait inconfortables et qu'ils pouvaient également se retirer en tout temps sans aucun préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

4.5.2. Confidentialité et conservation des données

Pour assurer l'anonymat, chaque participant s'est vu attribuer un numéro, afin que l'ensemble des données recueillies soient entièrement confidentielles et ne peuvent en aucun cas mener à l'identification des participants à l'étude. Les données recueillies sur papier, c'est-à-dire, les questionnaires sociodémographiques, les évaluations de l'aire de mobilité, ainsi que les cartes du monde, ont été conservées sous clé dans un classeur du laboratoire de recherche du département d'ergothérapie de l'UQTR. Les données électroniques, soient les données obtenues aux deux questionnaires, les enregistrements audio et les verbatim transcrits dans des documents électroniques, ont quant à eux été conservées dans un ordinateur doté d'un mot de passe, ainsi que sur un disque dur externe entreposé dans un classeur barré dans le local de recherche du département d'ergothérapie. De plus, l'ensemble des fichiers électroniques ont été protégés à l'aide d'un mot de passe, à l'exception des fichiers audio, car il n'était pas possible de leur en mettre un. Il est important de noter que les enregistrements audio ont été détruits dès que leur transcription a été faite dans des documents électroniques dotés d'un mot de passe. Les verbatim transcrits, les questionnaires sociodémographiques, les grilles d'Évaluation de l'aire de mobilité, ainsi que les dessins de carte du monde, sont quant à eux conservés sous clé pour une durée de cinq ans, après quoi, ils seront détruits de manière définitive. L'ensemble des données recueillies ont été consultées uniquement par l'étudiante chercheuse, ainsi que par sa directrice d'essai et son équipe de recherche.

5. RÉSULTATS

Cette section rapporte les résultats de la présente étude qui vise dans un premier temps à identifier les espaces inclusifs des personnes âgées ayant une problématique de santé mentale, ainsi qu'à explorer les occupations qu'ils réalisent à l'intérieur de ceux-ci. Dans un deuxième temps, elle a pour objectif d'explorer les expériences qui sont vécues dans ces espaces inclusifs. Cette section décrit d'abord les participants à l'étude, puis elle présente par la suite les données obtenues à l'Évaluation de l'aire de mobilité, ainsi qu'à la Carte du monde.

5.1. Description des participants

L'étude a été menée auprès de cinq personnes, dont deux femmes et trois hommes. Deux participants ont été recrutés par le biais du R.O.B.S.M., tandis que les trois autres ont quant à elles été recrutées par le Phénix. Trois participants demeurent en milieu rural alors que deux vivent dans un milieu semi-urbain. L'âge moyen des participants est de 61,6 ans \pm 0,5 an. L'ensemble des caractéristiques permettant de décrire chacun des participants de manière détaillée est présenté dans le tableau suivant.

Tableau 3.
Description des participants

	Participant 1	Participant 2	Participant 3	Participant 4	Participant 5
Sexe	Homme	Femme	Femme	Homme	Homme
Âge	61	61	62	62	62
Occupation actuelle	Retraité	Bénévole	Femme au foyer	Retraité	Bénévole
Diagnostic	Trouble bipolaire type 1	Schizophrénie	Personnalité borderline	Personnalité borderline	Trouble bipolaire
Habitation	Seul dans un logement	Seule dans une habitation à loyer modique	Seule dans une habitation pour personnes retraitées	Seul dans sa maison (propriétaire)	Seul dans un logement
Revenu	Très pauvre	Suffisant pour répondre à ses besoins fondamentaux	Pauvre	Suffisant pour répondre à ses besoins fondamentaux	Pauvre
Niveau de santé général	Passable	Bon	Très bon	Bon	Passable
Problématique(s) de santé physique	MPOC, diabète de type 2, hypothyroïdie, apnée du sommeil	Arthrose aux genoux, problème de vessie	Diabète, cholestérol	Aucune	Diabète, sonde urinaire, anévrisme à l'aorte, marche à l'extérieur à l'aide d'une canne
Niveau de santé mentale	Bonne	Bonne	Très bonne	Bonne	Bonne
Possession d'un véhicule	Oui	Non	Non	Oui	Non

5.2. Informations obtenues à l'Évaluation de l'aire de mobilité

Les résultats obtenus à l'Évaluation de l'aire de mobilité sont d'abord présentés de manière qualitative, puis de manière quantitative, la combinaison des deux permet d'effectuer un portrait exhaustif des habitudes de déplacement de chacun des participants à cette étude.

5.2.1. Analyse qualitative des résultats

Les informations concernant les aires de mobilité fréquentées par les participants ainsi que la fréquence à laquelle ces derniers les visitent sont présentées dans le graphique suivant.

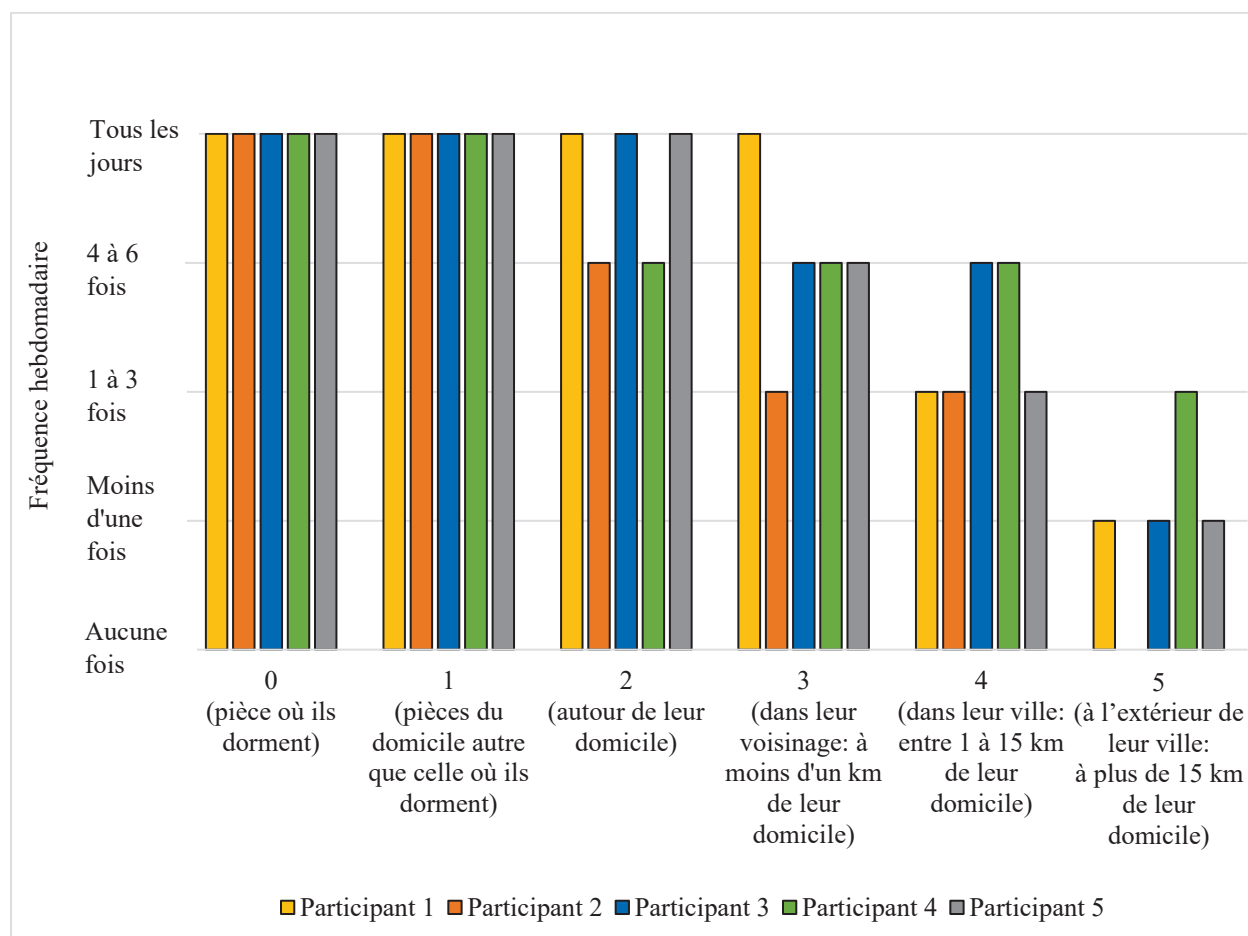


Figure 1. Réponses obtenues à la première section de l'Évaluation de l'aire de mobilité qui représente la fréquence à laquelle chaque participant fréquente chacune des aires de mobilité.

En regardant les données obtenues de manière globale, celles-ci illustrent que plus les aires de mobilité s'éloignent géographiquement du domicile des participants, moins celles-ci sont fréquentées régulièrement.

5.2.2. Analyse quantitative des résultats

À la suite de la passation de l'Évaluation de l'aire de mobilité, un score composé moyen de $69,4 \pm 14,5$ a été obtenu sur une possibilité maximale de 120. L'étendue des données obtenues va quant à elle de 48 à 90 sur 120. Le score composé de chaque participant est présenté dans le diagramme ci-bas (voir figure 2.). Ainsi, plus un score composé est élevé, plus il signifie que le participant se déplace dans chacune des aires de mobilité fréquemment et sans avoir recours à l'aide d'une personne ou d'une aide technique. Comme il n'existe pas à ce jour des normes établies

pour cet outil, les participants ne peuvent pas être comparés au score moyen obtenu par des aînés. Les scores obtenus pour chacun des cinq participants peuvent alors être comparés entre eux.

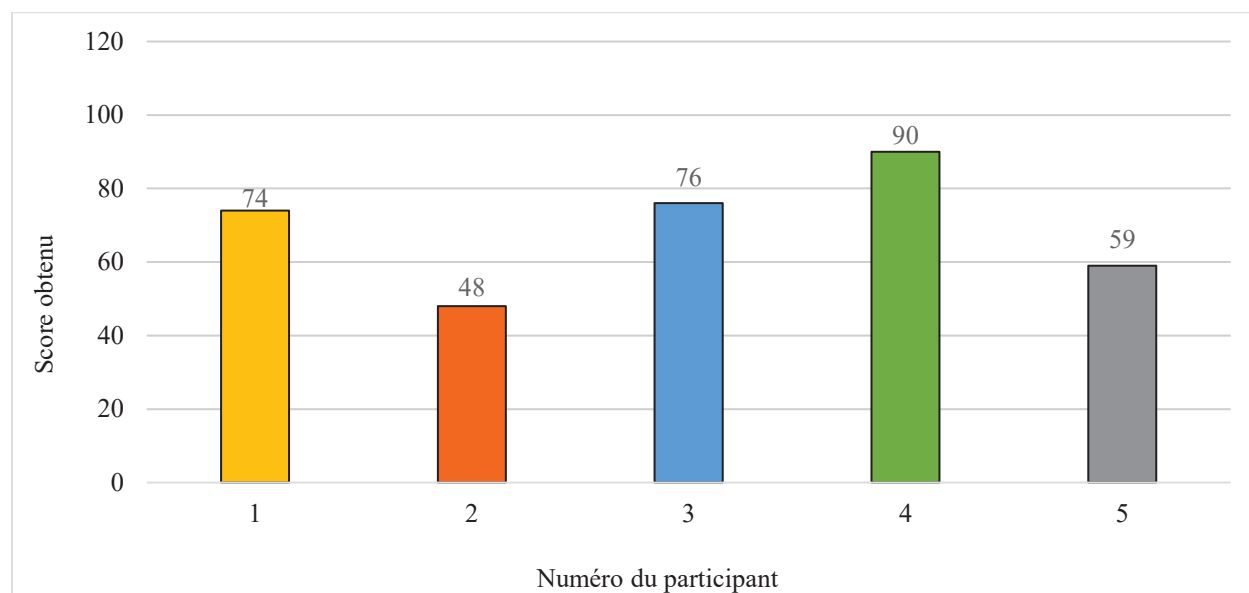


Figure 2. Score composé obtenu par chaque participant à l'Évaluation de l'aire de mobilité

Les scores obtenus aux trois sous-échelles de l'Évaluation de l'aire de mobilité sont quant à eux présentés à l'aide du diagramme à bandes illustré à la figure 3. La première sous-échelle, soit celle de l'aire de mobilité maximale atteinte sans aide humaine ni aide technique (LS-Indépendant), indique que trois participants ont été en mesure de se rendre de manière indépendante jusqu'à la cinquième aire de mobilité, soit celle à l'extérieur de leur ville, au cours des quatre semaines qui ont précédé la collecte de données. Une des participantes obtient un score de quatre en raison du fait qu'elle n'a pas fréquenté d'aires situées à l'extérieur de sa ville au cours des quatre semaines qui avaient précédé l'administration de cet outil. Le cinquième participant a obtenu un résultat de deux sur cinq, puisqu'il n'utilise pas sa canne pour les déplacements qu'il effectue autour de son domicile, mais l'amène avec lui dès qu'il se déplace à l'extérieur de son terrain.

La seconde sous-échelle, soit celle de l'aire de mobilité maximale atteinte avec une aide technique (LS-Équipement) et la troisième, indiquant l'aire de mobilité maximale atteinte sans tenir compte si la personne nécessite une assistance ou non dans ses déplacements (LS-Maximal),

sont identiques entre eux, car quatre participants n'utilisent pas d'aide technique et que le seul participant à se déplacer avec une aide à la mobilité (participant 5) l'utilise pour maximiser le nombre d'aires qu'ils fréquentent dans son quotidien.

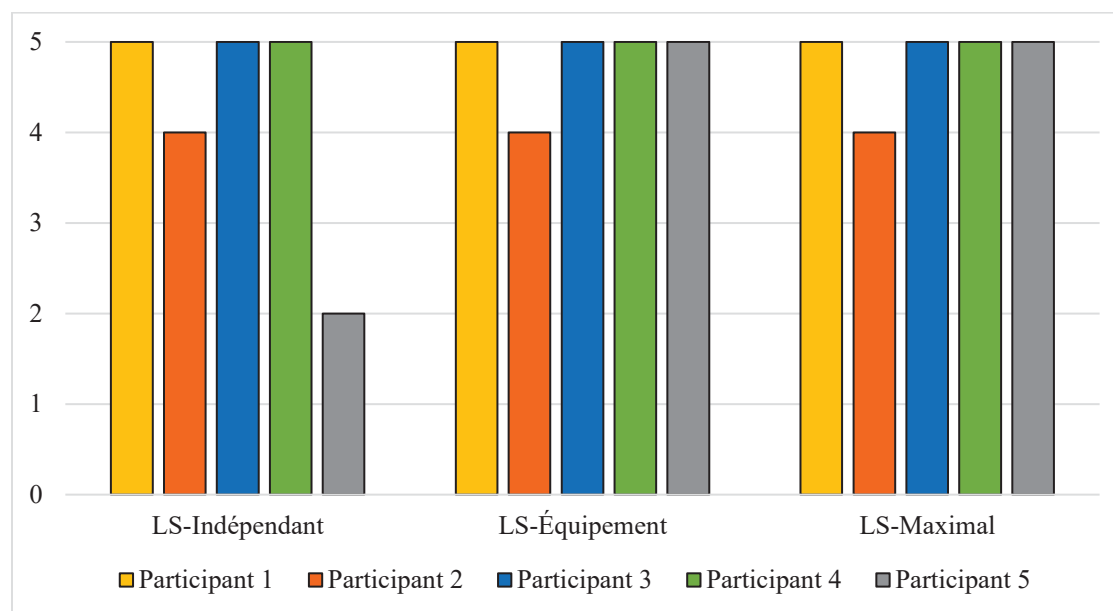


Figure 3. Scores obtenus pour chaque participant aux trois sous-échelles, soit celle de l'aire de mobilité maximale atteinte sans aide humaine ni aide technique (LS-Indépendant), de l'aire de mobilité maximale atteinte avec une aide technique (LS-Équipement) et celle de l'aire de mobilité maximale atteinte (LS-Maximal)

Les participants ont presque tous obtenu des résultats maximaux dans les trois sous-échelles de cet outil. Cela s'explique en partie par le fait qu'il s'agit de personnes actives qui participent à plusieurs activités se trouvant dans des aires variées. De plus, cela s'explique également par le fait que les participants qui n'ont pas de véhicule connaissent et utilisent les ressources qui sont à leur disposition (exemple : transport adapté, amis, autobus de ville) pour parvenir à se déplacer dans les aires qu'ils désirent fréquenter.

5.3. Résultats obtenus lors de la passation de la Carte du monde

Les résultats obtenus à la carte du monde sont présentés en deux sections. La première concerne tous les aspects entourant la production graphique de la carte, c'est-à-dire le matériel utilisé, la façon dont les espaces sont représentés, la conformité entre la manière dont les espaces sont dessinés sur la carte avec leur localisation réelle, ainsi que l'espace utilisé sur la feuille sont

présentés dans cette section. La capacité des participants à amorcer la tâche ainsi que le nombre de lieux identifiés sont également partagés. La seconde portion comprend quant à elle les données obtenues à la suite des entrevues semi-structurées menées avec chacun des participants après qu'ils aient complété leur carte. Les résultats des analyses de contenu effectués se retrouvent donc dans cette section.

5.3.1. Résultats de la production graphique

Tous les participants ont commencé leurs cartes de manière spontanée, même que les participants 1,2,3 et 5 ont amorcé la tâche avant même que l'administrateur ait terminé de lire les consignes. Cela indique qu'avant d'administrer l'outil, il aurait été pertinent de mentionner aux individus d'attendre la fin des instructions avant de commencer la production. En effet, il se peut que certains n'aient pas entendu l'ensemble des consignes ce qui risque d'avoir modifié leur compréhension de l'outil. Ainsi, il est possible que cela ait eu des impacts sur la carte qu'ils ont réalisée. Les cinq productions graphiques obtenues sont présentées en annexe (voir les annexes D, E, F, G et H).

5.3.1.1 Matériel utilisé

Sur les cinq productions obtenues, quatre ont été effectuées sur une feuille 8 ½ po x 14 po et une seule carte a été réalisée sur une feuille 8 ½ po x 11 po (participant 4). Quatre participants ont utilisé un stylo de couleur bleue, alors qu'une participante a opté pour un crayon de couleur vert (participante 3). L'ensemble des cartes ont été dessinées à l'aide d'un seul crayon. Elles sont donc toutes monochromes.

5.3.1.2. Représentation des lieux

Le premier participant a représenté l'ensemble des lieux qu'il fréquente quotidiennement. Pour ce faire, il a inscrit le nom des endroits sur sa feuille, puis les a encerclés par la suite. La seconde participante a écrit le nom des endroits sur des maisons qu'elle a dessiné en trois dimensions. Elle est la seule à avoir également dessiné un téléphone et ordinateur (représenté par un rectangle) pour représenter son réseau social qui ne se retrouve pas dans les lieux identifiés. La troisième participante a quant à elle effectué trois grands cercles qui représentent des villes différentes. Elle a inscrit dans chacun d'entre eux soit le nom des lieux qu'elle visite ou l'activité

qu'elle fait dans cette ville. Elle a également écrit deux autres lieux qu'elle fréquente sur la feuille, sans les mettre dans le cercle de la ville auquel ils correspondent. Le quatrième participant a représenté son domicile en trois dimensions et a ensuite dessiné des flèches allant vers le haut. Au bout de chacune d'entre elles était dessiné un cercle dans lequel il avait inscrit le nom de ses espaces inclusifs. Le cinquième participant a représenté ses espaces inclusifs en effectuant un dessin qui représente l'activité qu'il préfère effectuer dans les lieux en question, à l'exception d'un endroit, dont il a écrit le nom dans un cercle.

5.3.1.3. Nombre de lieux identifiés

Le nombre moyen de lieux identifiés est de $8,6 \pm 4,2$ par production, avec une étendue allant de 4 à 15 endroits. En plus d'avoir identifié 8 espaces, la deuxième participante a également représenté son téléphone ainsi que son ordinateur sur sa carte.

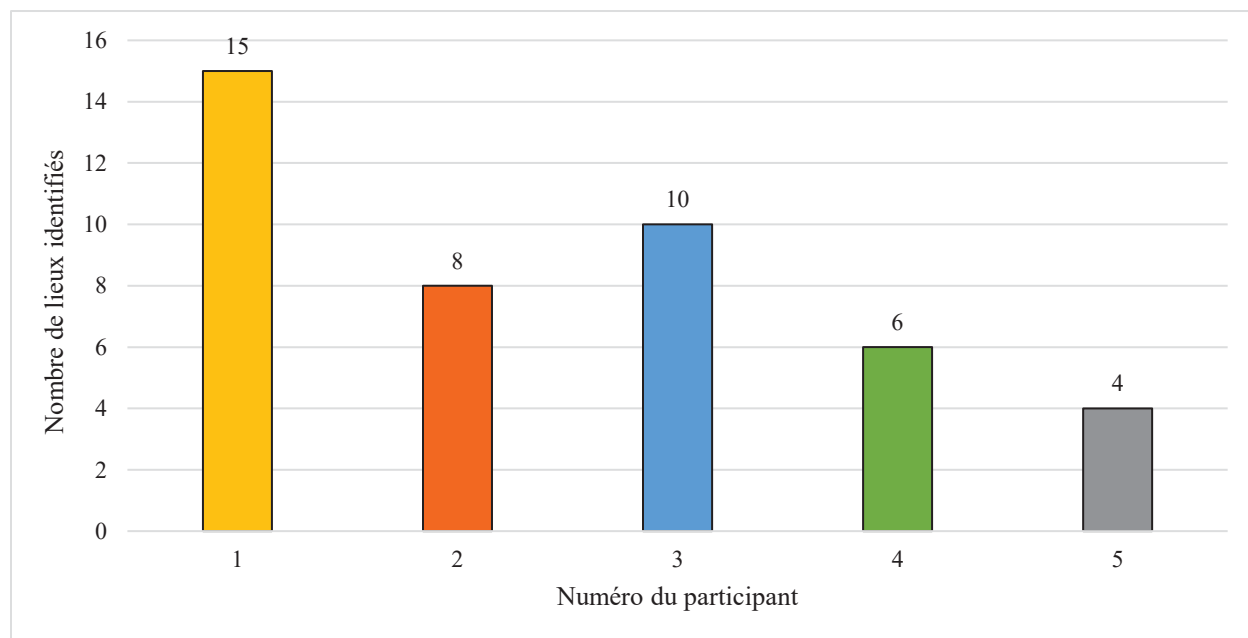


Figure 4. Nombre de lieux identifiés par chaque participant dans leur Carte du monde.

5.3.1.4. Emplacement sur la carte

Après avoir localisé l'ensemble des lieux identifiés par chacun des participants sur *Google Maps*, il a été possible de constater qu'aucun participant n'a produit une carte qui est conforme à leur monde réel. Effectivement, la comparaison a permis de réaliser que les lieux représentés ne tiennent pas compte de leurs emplacements géographiques réels l'un par rapport à l'autre.

5.3.1.5. *Espace utilisé sur la feuille*

Les cinq participants ont utilisé l'ensemble de l'espace disponible sur la feuille qu'ils avaient choisie pour représenter les endroits dans lesquels ils se sentent inclus.

5.3.2. **Types d'espaces : espaces inclusifs et espaces utilitaires**

Au cours des discussions qui ont suivi la production des Cartes du monde, il a été constaté que pour quatre des cinq participants, les endroits représentés sur leur carte n'étaient pas tous décrits comme des espaces inclusifs. Ainsi, des questions ont été posées aux participants durant les entrevues semi-structurées pour distinguer leurs espaces inclusifs, c'est-à-dire les endroits qui répondent aux caractéristiques observables présentées dans le cadre conceptuel de ce présent essai, de ceux utilitaires, qui des lieux qui permettent de répondre à un ou des besoins de base, sans que le participant mentionne avoir un sentiment d'appartenance rattaché à cet espace.

Toutefois, pour l'un des participants, l'un de ses espaces utilitaires (organisme communautaire où il va chercher de la moisson) est également un espace inclusif. En entrevue, lorsque la distinction tentait d'être faite, le participant mentionnait que la raison première pour laquelle il visite ce lieu est pour aller chercher de la nourriture gratuitement, ce qui répond à un besoin de base. Toutefois, avec le temps, il a développé un lien avec les employés de cet organisme et il entretient des échanges réciproques avec eux. Il se sent également valorisé dans cet espace, car il a développé une relation d'entraide avec l'une des personnes qui s'occupe de l'organisme. Il a donc développé un sentiment d'appartenance à l'un de ses espaces utilitaires au fil du temps, faisant en sorte que cet organisme est à la fois un espace utilitaire et inclusif.

L'analyse de contenu, présentée dans le paragraphe qui suit, a été réalisée seulement pour les espaces considérés inclusifs puisque les objectifs de cet essai s'intéressent spécifiquement à ce type d'espace. Après avoir effectué cette distinction, il a été possible de calculer que la moyenne d'espaces inclusifs représentés sur les cartes est de $3,8 \pm 0,7$, avec une étendue allant de 3 à 5 espaces inclusifs. Par ailleurs un tableau des espaces utilitaires est aussi présenté (tableau 5) en vue de permettre la mise en parallèle des deux types d'espaces.

5.3.3. Résultats de l'analyse de contenu des verbatim

L'analyse de contenu a été effectuée en plusieurs étapes. Dans un premier temps, le contenu des verbatim a été analysé pour répondre au premier objectif de cet essai, qui est d'identifier les espaces inclusifs des personnes âgées ayant des problématiques de santé mentale. Dans un second temps, l'analyse a été menée dans le but d'atteindre le deuxième objectif, qui est d'explorer les occupations réalisées dans les espaces considérés inclusifs. Dans un troisième temps, l'analyse a été poursuivie afin de répondre cette fois au troisième objectif qui consiste à explorer l'expérience vécue dans les espaces inclusifs.

5.3.3.1. En lien avec le premier objectif : identifier les espaces inclusifs

Le tableau qui suit présente les espaces qui sont considérés inclusifs par les personnes âgées qui ont participé à cette étude.

Tableau 4.
Espaces considérés inclusifs pour chacun des participants

	Participant 1	Participant 2	Participant 3	Participant 4	Participant 5
Centre de jour en santé mentale	X	X	X	X	X
Organisme(s) communautaire(s)	X Organisme ayant pour mission d'accueillir les plus démunis, aux pris avec des problèmes de dépendance et de santé mentale	X Organisme ayant pour mission de venir en aide aux enfants vulnérables et leur famille	X Organisme ayant pour mission d'œuvrer pour l'intégration sociale d'adultes présentant des déficiences multiples		
Leur domicile	X		X		X
Domicile d'un proche			X Mère	X Amie	
Église			X		
Organisme(s) militaire(s)				X	
Brasserie				X	
Parc					X
Marché public					X

Le prochain tableau présente les espaces qui semblent davantage utilitaires, mais qui ont tout de même été représentés sur les cartes.

Tableau 5.
Espaces qui semblent être utiles pour chacun des participants

	Participant 1	Participant 2	Participant 3	Participant 4	Participant 5
Domicile d'un(des) proche(s)	X Ex-conjointe et beau- frère		X Père		
Organisme(s) communautaire(s)		X Organisme ayant comme mission de tenir un lieu de rencontre pour les 12 à 17 ans, pour qu'ils deviennent des citoyens responsables	X Un organisme ayant comme mission de promouvoir et développer l'action bénévole et un autre ayant comme mission de favoriser l'accès aux transports collectifs		
Restaurants			X	X	
Lieux d'instruction (cours/formation)	X Écoles	X Centre de loisirs			
Épiceries	X				
Garage automobile	X				
Banque	X				
Dépanneurs	X				
Pharmacies	X				

5.3.3.2. En lien avec le second objectif : explorer les occupations faites dans les espaces inclusifs

Le tableau suivant présente les occupations qui sont réalisées par les participants de cette étude au sein de leurs espaces inclusifs.

Tableau 6.
Occupations réalisées par les participants dans leurs espaces inclusifs

	Participant 1	Participant 2	Participant 3	Participant 4	Participant 5
Participer aux activités proposées par les centres de jour en santé mentale	X	X	X	X	X
Discuter avec des gens	X	X	X	X	X
Faire de l'art (peinture, bricolage)	X	X	X		X
Prendre un café			X	X	X
Prendre un repas en compagnie d'autres personnes		X	X		X
Aider les autres	X		X		X
Lire le journal	X			X	X
Faire des témoignages	X	X			
Participer à des conseils d'administration	X	X			
Se détendre	X				X
Participer aux ateliers des « Entendeurs de voix »		X			X
Jouer aux cartes		X			
Marcher					X
Service de la messe			X		
Faire de la moto en groupe				X	
Prendre un verre avec des amis				X	

Obstacles aux occupations et à l'inclusion

En effectuant l'analyse de contenu, dans le but d'explorer les occupations réalisées dans les espaces inclusifs, il a été possible de découvrir que chaque participant fait face à des obstacles occupationnels dans leur quotidien. Ceux-ci sont présentés dans le tableau suivant.

Tableau 7.
Obstacles aux occupations et à l'inclusion qui ont été soulevés par les participants

	Participant 1	Participant 2	Participant 3	Participant 4	Participant 5
Dimension environnementale	Espaces à grande surface/remplis de monde			X	X
	Fermeture de certains espaces inclusifs en été		X		X
	Rythme trop rapide des activités	X			
	Horaire de fréquentation des espaces limité		X		
	Inconfort lié au regard des autres en entrant dans un lieu				X
Dimension personnelle	Ne pas avoir de véhicule	X	X		X
	Envahissement des symptômes psychotiques	X	X		
	Ne pas avoir suffisamment d'argent	X	X		
	Manque d'énergie	X			
	Manque de motivation et d'intérêt	X			

Parmi les dix obstacles exposés, cinq d'entre eux sont partagés par plus d'une personne. En effet, trois participants ont mentionné que de ne pas avoir de véhicule était une barrière importante, car ils doivent fréquemment prendre l'autobus (n=2) ou le transport adapté (n=1) pour se déplacer. Or, comme la grande majorité de leurs espaces d'inclusion se situent à une distance considérable de leur domicile, ils doivent consacrer beaucoup d'heures en transport chaque semaine, effectuer de nombreux transferts (pour ceux utilisant l'autobus), en plus d'avoir à attendre le transport lorsqu'il désire participer à une activité.

Le manque d'argent est un obstacle qui a été mentionné par deux participants qui expliquent que cela les empêche de réaliser l'ensemble des occupations souhaitées. Par exemple, l'une des participantes a mentionné qu'elle aimerait aller manger au restaurant avec des amis, mais son budget ne lui permet pas une telle sortie. De plus, ces deux participants ont mentionné qu'ils

sélectionnaient leurs activités en fonction de leur coût et qu'ils valorisent les activités de bénévolat en raison du fait que ça ne leur coûte rien pour participer à des activités.

Deux autres participants ont soulevé que la fermeture de certains espaces inclusifs durant la saison estivale est un obstacle occupationnel temporaire auquel ils sont confrontés. Ils voient donc leur nombre d'activités restreindre au cours de l'été.

Deux autres participants ont soulevé qu'ils évitaient les grandes surfaces (exemples : Maxi et Walmart) et les foules, car cela leur procure de forts sentiments désagréables. Ceci les prive donc de réaliser certaines activités.

Deux participantes ont quant à elles mentionné que la présence de symptômes psychotiques pouvait être un obstacle à leur inclusion lorsque ceux-ci sont trop envahissants, car ils causent des difficultés de compréhension lors de discussion de groupes en raison des voix entendues (n=1), en plus d'avoir parfois l'impression de ne pas être « normale » et de penser qu'ils se font observer par les autres en raison de cela (n=1). L'une d'entre elles a également ajouté que cela l'importune lorsqu'elle doit attendre dans certains lieux, notamment dans des cliniques médicales, car elle a moins de patience lorsqu'elle se sent envahie par ses symptômes (n=1).

5.3.3.3. En lien avec le troisième objectif : explorer l'expérience vécue dans les espaces inclusifs

Le troisième objectif de cette étude était d'explorer l'expérience vécue dans les espaces inclusifs des participants. Cette section aborde les thèmes obtenus qui sont en lien avec cet objectif. Les thèmes proviennent de mots choisis et résultent de l'analyse de contenu des verbatims de chaque entrevue.

Se sentir accepté et apprécié tel qu'on est

Tous les participants ont mentionné qu'ils se sentaient acceptés et appréciés comme ils sont lorsqu'ils se retrouvent dans des espaces qu'ils qualifient d'inclusifs. Certains ont abordé cela en disant qu'il s'agit d'endroits où ils ne sont pas stigmatisés et où ils ne se font pas pointer du doigt en raison du fait qu'ils ont une problématique de santé mentale. D'autres ont plutôt expliqué cela par le fait qu'ils ne sont pas isolés et qu'ils ne se font pas juger par les autres. Tandis que d'autres

ont plutôt dit que cela transparaissait dans les comportements des autres, c'est-à-dire lorsque les gens les complimentent et les accueillent : « je me sens accueillie pi je suis bien, pi je me sens importante parce que tout le monde me court après quand j'arrive là "Eille ça fait longtemps qu'on ne t'a pas vu, qu'est-ce que t'étais, qu'est-ce tu faisais?" » (Participante 2), une autre participante a elle aussi rapporté que cela s'illustrait dans les comportements posés par les autres : « ben, pas rien qu'inclus! Bien invitée, bien invitée à y aller! » (Participante 3).

Plaisir et bien-être

L'ensemble des participants a mentionné ressentir du plaisir lorsqu'ils fréquentent les espaces qu'ils considèrent inclusifs. Il s'agit en fait d'un élément qui est nécessaire pour chacun d'entre eux. Cette nécessité a clairement été verbalisée par l'un des participants qui dit : « Moi j'ai bien du fun où je vais. Moi là, c'est ça. C'est le plaisir. J'ai assez souffert là. Il y a 30-35 ans. C'est rendu le plaisir qui passe en premier » (Participant 5).

Pour deux autres participants, leur facilité à se sentir inclus dans les espaces qu'ils fréquentent provient du fait qu'ils adoptent une vision optimiste et positive de la vie, qui les apporte à choisir le bien-être :

À un moment donné on fait un choix. Ou ben dont tu restes dans le négatif et que tu restes en arrière, ou ben dont tu te propulses dans le positif en avant. Fack c'est ce choix-là je l'ai faite. Et puis (...) ça m'a apporté de la guérison (Participante 3).

Apporte du mieux-être quand ça va moins bien

Sans compter que deux participants ont même mentionné qu'aller dans ces espaces les aide à mieux aller lorsqu'ils ne vont pas bien. Cela est illustré par les propos de l'un d'entre eux qui mentionnent : « Si je vais pas bien, je vais mieux quand je viens ici » (Participant 1).

Importance du réseau social (entraide et réciprocité)

Pour l'ensemble des participants, un élément essentiel d'un espace inclusif est le réseau social qu'il détient. Autrement dit, ils se sentent inclus dans les espaces où l'entraide est possible, où ils côtoient des gens auxquels ils s'identifient et des gens avec lesquels ils peuvent avoir des

relations sociales réciproques : « On s'appelle, y vas-tu cette semaine? Ahhh si tu y vas, j'y va! Bon ben on y va! » (Participante 3).

Satisfaction de contribuer à la communauté

Pour la plupart des participants, les espaces inclusifs sont des lieux qui leur permettent de répondre à leur besoin de contribuer à la communauté. Pour quatre participants, cela est actualisé par le bénévolat qu'ils font dans ces espaces. Pour trois participants, certains de leurs espaces inclusifs leur offrent la possibilité de contribuer à la société en leur offrant l'occasion de partager leur expertise concernant leurs problématiques de santé mentale à d'autres individus qui vivent une expérience similaire à la leur : « j'ai commencé à entendre des voix à l'âge de 26 ans. J'ai eu mon expérience, j'ai développé ben ben des trucs, donc on donne les trucs » (Participant 5). Pour d'autres, cette expertise est mise à contribution par le biais de témoignages qu'ils réalisent entre autres dans des écoles, dans le but de sensibiliser les gens en regard des problématiques de santé mentale.

Accommodements occupationnels bidirectionnels

Deux participantes ont abordé le fait que les espaces inclusifs sont des lieux où il y a des accommodements qui sont faits pour favoriser la participation occupationnelle de tous. L'une d'entre elles a mentionné que des accommodements sont effectués à son égard :

Il y a des réunions où que je ne comprends pas [...] c'est dur de me concentrer [...] des fois je dis « Bon là vous m'avez perdue! Je ne sais plus où ce que vous êtes rendus là » [...] Pi là eux autres y disent à ben là on disait tel tel affaire, pi y simplifie (Participante 2).

La seconde participante a mentionné qu'il lui arrivait d'accommoder les autres pour favoriser leur participation :

Cé un très beau moment. C'est que quand : quand, mettons je suis avec des handicapés intellectuels. Ben j'me mets un petit peu à leur niveau, et puis je sais que j'peux pas avoir des discussions euh : très élaborées, mais tout ça, ça passe bien (Participante 3).

La troisième participante mentionne quant à elle qu'il faut parfois qu'elle pose des gestes pour favoriser la participation des autres. Par exemple, elle explique que « quand je suis avec des handicapés intellectuels. Bin j'me mets un petit peu à leur niveau, et puis je sais que j'peux pas avoir des discussions très élaborées, mais tout ça, mais ça se passe bien ». Ainsi, il existe deux types d'accommodements, ceux qui sont faits pour eux et ceux qu'ils font pour les autres.

5.3.3.4. Se sentir inclus : attitudes pour aider à y parvenir

Quatre des cinq participants rencontrés ont mentionné qu'ils se sentent inclus partout, car ils ont cessé de se questionner en lien avec ce que les autres pensent d'eux : « je me sens bien partout, ce n'est pas un problème ça » (Participant 1). En ce sens, un autre participant a soulevé qu'il ne craint plus ce que les autres pourraient dire et faire, et qu'il va désormais où il a envie d'aller, car : « à force de vivre là, quand que tu prends conscience que ta vie va bien, tu t'organises pour vivre bien là, malgré les embûches. Pi t'as l'droit de tomber là. T'as l'droit de te relever aussi » (Participant 5). L'une des participantes explique une autre manière de voir les choses qui l'aide à se sentir incluse: « ... me sens accueillie partout moi, je suis une personne qui qui qui euh comment t'appelles ça la euh (..) un caméléon là [...] j'm'adapte très facilement... » (Participante 2).

5.3.3.5. L'inclusion ce n'est pas de se sentir inclus, mais d'être inclus

Durant les entrevues qui ont suivi la production des cartes, deux participants ont repris l'étudiante chercheuse lorsqu'elle parlait de sentiment d'inclusion. Effectivement, ceux-ci ont nuancé ce concept en mentionnant que ce n'est pas de se sentir inclus, mais de savoir qu'ils sont inclus : « ben ce n'est pas de se sentir le bienvenu, je suis le bienvenu » (Participant 4). Lorsque cette nuance a été discutée avec eux, il a été possible de comprendre qu'ils ne perçoivent pas l'inclusion comme un sentiment subjectif, ni une impression, mais plutôt comme un fait vérifiable et non questionnable, qui serait confirmé par d'autres individus.

6. DISCUSSION

Cette section vise à analyser et critiquer les résultats obtenus dans ce présent essai. La discussion effectue donc un retour sur les objectifs de cette étude et présente les retombées attendues de celle-ci sur la pratique, en plus d'exposer ses forces et limites.

6.1. Retour sur les objectifs de l'étude

L'objectif général de ce présent essai était d'explorer les espaces inclusifs des personnes âgées ayant une problématique de santé mentale. Celui-ci était composé des trois objectifs spécifiques, soit d'identifier les espaces inclusifs des aînés ayant une problématique de santé mentale, d'explorer les occupations réalisées à l'intérieur de ceux-ci, ainsi que d'explorer l'expérience vécue dans ces espaces inclusifs. Les sections qui suivent effectuent un retour sur chacun de ces trois objectifs spécifiques.

6.1.1. Identification des espaces inclusifs

Cette étude a permis d'identifier les espaces qui sont considérés inclusifs par cinq personnes âgées ayant une problématique de santé mentale. Ceux-ci peuvent se classer en trois groupes d'espaces inclusifs principaux : les centres de jour en santé mentale, les endroits où ils font du bénévolat et leur domicile. Tout d'abord, pour chacun d'entre eux, le centre de jour en santé mentale qu'ils fréquentent est un espace inclusif. Ce résultat n'est pas très surprenant sachant que tous les participants ont été recrutés à la suite d'un échantillonnage par réseau qui a été réalisé auprès du R.O.B.S.M. et du Phénix, qui sont des organismes en santé mentale. Ce résultat concorde également avec l'étude menée par Townley et collaborateurs (2009), qui avaient mentionné que 30 de leurs 40 participants, qui étaient des adultes ayant des problématiques de santé mentale, avaient dessiné sur leur carte représentant leurs espaces d'activités des lieux reliés à la santé, par exemple des centres ou des organismes en santé mentale.

Puis, il a également été dit par l'ensemble des participants que le ou les endroits où ils vont faire du bénévolat (différents organismes communautaires, église, organisme militaire) constituent également des espaces inclusifs. Il s'agit donc d'individus qui s'engagent dans leur communauté. Ce résultat contraste avec les écrits qui rapportent que les aînés ayant des problématiques de santé mentale ont tendance à peu participer dans leur communauté en raison de la double stigmatisation

qui est fréquemment présente dans la société (Bartels, 2003; Baumgartner et Burns, 2014). Par ailleurs, ce résultat concorde avec l'étude de Andonian et Macrae (2011) qui ont rapporté que la majorité de leurs participants, des aînés sans problématique de santé mentale, effectuait du bénévolat dans leur communauté pour maintenir leur participation sociale et leur bien-être. Les participants de cette présente étude ont donc des besoins et des activités similaires. Ils ne semblent pas si différents des aînés sans problématique de santé mentale à ce niveau.

Finalement, pour trois d'entre eux, leur domicile faisait également partie de leurs espaces inclusifs. Ce dernier lieu est cohérent avec les résultats obtenus par Townley et collaborateurs (2009), qui avaient mentionné à la suite de leur étude que le domicile était l'endroit où les adultes ayant des problématiques de santé mentale avaient le plus fort sentiment d'appartenance. Toutefois, dans ce présent essai, contrairement à l'étude de Townley et collaborateurs (2009), les trois participants qui avaient dit que leur domicile était un espace inclusif n'avaient pas tendance à s'isoler pour autant. Effectivement, il s'agit pour eux d'un espace inclusif où ils reçoivent la visite des membres de leur famille ainsi que de leurs amis et où ils discutent avec eux, mangent un repas ensemble ou encore jouent aux cartes. Il est possible que dans leur domicile, ces personnes fassent en sorte de susciter leur envie de venir les visiter, diminuant ainsi l'isolement. Par conséquent, le domicile n'est pas perçu comme un espace de repli ou bien encore de désidentification aux espaces sociaux, mais plutôt un espace d'expressions personnelles où ils ont l'opportunité d'être et de faire ce qu'ils aimeraient que les autres fassent pour eux, permettant ainsi d'actualiser leur pouvoir d'être et d'agir. De plus, ce résultat concorde avec l'étude de Nilsson et collaborateurs (2012) qui avait rapporté que le domicile est un lieu favorisant la participation sociale des aînés sans diagnostic de santé mentale, car il s'agit d'un lieu de rencontres avec leurs proches. Par ailleurs, les résultats de ce présent essai montrent également que pour l'une des participantes, son domicile est un espace où elle communique avec ses proches, qui demeurent plus ou moins loin d'elles, par le biais de son téléphone ou de son ordinateur. Ce résultat est similaire à celui de la revue structurée de la littérature réalisée par Papageorgiou et collaborateurs (2016), ergothérapeutes, qui mentionnaient que quatre études, menées auprès de personnes âgées, soutenaient que le téléphone, les courriers électroniques ainsi que les médias sociaux, encourageaient la participation sociale et le bien-être des aînés. Il serait donc intéressant dans le

futur d'explorer si ce type de technologie est fréquemment associé à l'inclusion avec d'autres personnes âgées ayant une problématique de santé mentale.

Il s'agit, dans ces trois groupes d'espaces, d'endroits où les personnes sont valorisées, reconnues à leur juste valeur, acceptées comme elles sont et où elles peuvent aider les autres et se sentent utiles. Il s'agit d'éléments qui concordent aux cinq caractéristiques d'un espace inclusif. De plus, en menant cette étude, il a été possible de percevoir des différences entre certains espaces, par le fait que certains sont inclusifs tandis que d'autres sont davantage utilitaires. Bien que théoriquement les deux se distinguent aisément l'un de l'autre, un participant a soulevé qu'un espace peut être autant utilitaire qu'inclusif à la fois. Cela laisse croire que l'inclusion dans l'espace n'est pas un concept dichotomique, mais constitue plutôt un continuum. Le sentiment d'inclusion peut ainsi être ressenti plus fortement dans certains espaces comparativement à d'autres. Cela peut expliquer pourquoi certains participants ont d'emblée nommé plusieurs endroits pour finalement élaborer sur seulement quelques-uns d'entre eux. Les questions posées peuvent avoir fait ressortir les espaces où leur sentiment d'appartenance et d'inclusion sont les plus élevées. En revanche, cela ne signifie pas pour autant qu'ils ne ressentent pas un certain sentiment d'appartenance envers les endroits qui permettent de répondre à des besoins non sociaux de prime abord, dont par exemple les épiceries, banques et garages automobiles, c'est-à-dire les espaces utilitaires. Dans de prochaines études, il serait intéressant d'investiguer l'inclusion dans les espaces sur un continuum pour explorer de manière plus approfondie ce phénomène. Ainsi, le concept d'espace inclusif et celui d'espace utilitaire peuvent être complémentaires dans la réalité, d'où l'importance de comprendre le sens que donnent les aînés aux espaces qu'ils fréquentent. À la suite de la recension des écrits effectuée pour cet essai, il n'y a à ce jour aucune étude qui a été réalisée quant aux espaces identifiés d'inclusifs ou d'utilitaires par les aînés n'ayant pas de diagnostic de santé mentale. Il serait donc intéressant, dans les années à venir, d'explorer ce phénomène auprès de ceux-ci, afin de pouvoir comparer les deux populations. Cela permettrait de déterminer ce qui est vécu de façon similaire et différente pour comprendre comment la présence de problématiques de santé mentale influence leurs besoins en matière d'inclusion, plus précisément à l'égard du nombre et du type d'espaces inclusifs et utilitaires identifiés.

Pour les cinq participants de cette étude, il ressort que le nombre moyen d'espaces considérés inclusifs est de $3,8 \pm 0,7$, avec une étendue allant de 3 à 5 espaces inclusifs. Ce qui est tout de même intéressant sachant que des études antérieures rapportaient que les gens ayant des problématiques de santé mentale avaient tendance à s'isoler et à participer peu dans leur communauté en raison de difficultés d'inclusion (Baumgartner et Burns, 2014; Townley et coll., 2009). Ce résultat peut être amené par le recrutement qui a été effectué au sein d'organismes en santé mentale. En effet, la participation aux activités mises en place par ces organismes peut être une expérience favorable aux capacités personnelles à s'inclure et inclure les autres ainsi que de rechercher et nommer auprès d'autres espaces, notamment d'autres organismes, leurs besoins liés à l'inclusion. De plus, cette étendue d'espaces inclusifs laisse présager que les attitudes adoptées par les participants pour parvenir à se sentir inclus, soit ne pas se questionner en lien avec ce que les autres pensent d'eux, ne pas craindre ce que les autres pourraient dire et faire, d'aller où ils souhaitent et d'être en mesure de s'adapter à différents contextes, sont efficaces pour se sentir inclus au sein de leur communauté. Également, cette étendue laisse présager que les caractéristiques environnementales qui rendent les espaces inclusifs notamment la présence d'un réseau social d'entraide et de réciprocité, où les gens côtoyés les apprécient et les acceptent tels qu'ils sont et font des accommodements pour eux, sont des éléments des espaces qui semblent favoriser efficacement l'inclusion. Ainsi, ce résultat laisse croire qu'il y a une adéquation entre les capacités des participants et les pressions environnementales exercées par les espaces qu'ils fréquentent.

Cette étude a également soulevé que la plupart des participants fréquentent plus souvent les espaces situés à proximité de leur domicile comparativement à ceux davantage éloignés. Cela peut être expliqué par le fait qu'ils n'ont pas tous des véhicules ($n=3$). Or, ils ont tous obtenu des scores élevés à l'Évaluation de l'aire de mobilité, ce qui indique qu'il s'agit de personnes actives et déterminées à se déplacer pour se rendre dans les espaces qu'ils fréquentent, malgré la présence de cet obstacle. En effet, chaque semaine ils vont dans des espaces situés dans leur ville, soit entre 1 à 15 km de leur domicile ($n=5$) et à l'extérieur de leur ville, soit à plus de 15 km de leur domicile ($n=4$). Cela permet de croire que ces espaces sont bel et bien inclusifs, car ces personnes sont prêtes à faire plusieurs minutes, voire plusieurs heures de transport pour se rendre dans ces espaces,

parfois éloignés, afin de réaliser des occupations qu'elles apprécient et côtoyer de gens avec qui elles s'entendent bien.

6.1.2. Les occupations réalisées dans les espaces inclusifs

Bien que chaque participant ait un inventaire occupationnel différent les uns des autres, il s'avère que certaines occupations se trouvent à être effectuées par plusieurs participants au sein de leurs espaces inclusifs. Parmi celles-ci, il y a de participer aux activités proposées par les centres de jour en santé mentale (n=5), discuter avec des gens (n=5), effectuer de l'artisanat, plus précisément de la peinture ou du bricolage (n=4), prendre un café (n=3), prendre un repas en compagnie d'autres personnes (n=3), lire le journal (n=3), participer à des conseils d'administration en tant qu'administrateur (n=2), faire des témoignages (n=2) et participer à des ateliers d'entraide sur les voix qu'ils entendent (n=2). Bien qu'il s'agisse d'occupations variées, la majorité de celles-ci sont réalisées en compagnie d'autres personnes et impliquent des interactions sociales. Ces éléments qui caractérisent les occupations réalisées dans les espaces inclusifs concordent avec les propos de Hvalse et Josephsson (2003), qui avaient constaté dans leur étude, menée auprès d'adultes ayant des problématiques de santé mentale, que les occupations impliquant des interactions sociales étaient considérées les plus significatives pour leurs participants. Ce résultat illustre que l'aspect relationnel est un élément majeur des espaces inclusifs et laisse présager que ces participants ressentent le besoin d'avoir un sentiment d'appartenance.

6.1.2.1. Obstacles aux occupations et à l'inclusion qui sont rencontrés

Cinq obstacles ont été vécus par plus d'un participant. Le premier a été rapporté par trois participants qui mentionnaient que de ne pas avoir de véhicule est une barrière importante à leur déplacement. Cet obstacle appuie en partie les résultats obtenus par Dahan-Oliel et collaborateurs (2010) qui avaient rapporté dans leur étude, menée auprès de 90 Canadiens âgés de 65 ans et plus, que « les conducteurs, [les] utilisateurs de transport en commun et ceux qui utilisaient la marche avaient des niveaux de participation plus élevés comparativement aux passagers et utilisateurs de transport adapté/taxi » (Dahan-Oliel et coll., 2010, p.491). Or, pour les trois participants de cette présente étude, le fait qu'ils utilisent le transport en commun ou la marche ne facilite pas toujours leur participation de manière optimale pour autant, puisque certains de leurs espaces inclusifs se situent à une distance considérable de leur domicile. Ceci les amène à consacrer beaucoup d'heures

en transport chaque semaine. Cet important obstacle suggère que l'accès au transport fait partie des aspects qui rendent les espaces inclusifs. En fait, il s'agit d'un élément instrumental, mais essentiel.

Le manque d'argent est un obstacle qui a été mentionné par deux participants qui expliquent que cela les empêche de réaliser l'ensemble des occupations souhaitées. Cet obstacle concorde aux résultats de l'étude menée par Andonian et Macrae (2011) qui rapportaient que les coûts reliés aux activités pouvaient être un obstacle à la participation sociale de plusieurs aînés. Il s'agit donc d'un élément qui doit être pris en compte si l'on souhaite optimiser au maximum leur participation occupationnelle. Ainsi, les résultats obtenus à cet essai appuient la suggestion faite par Andonian et Macrae (2011, p.10) qui est que « les ergothérapeutes peuvent jouer un rôle dans la défense [...] d'activités communautaires pertinentes, accessibles et abordables pour aider les personnes âgées à participer à la vie sociale dans leurs villes [traduction libre] ».

Deux autres participants ont quant à eux mentionné que la fermeture de certains espaces inclusifs durant l'été faisait diminuer le nombre d'occupations qu'ils réalisaient, ce qui diminue leurs opportunités d'inclusion sociale. Il serait donc intéressant que des alternatives soient offertes à ces personnes en période estivale pour maintenir leur inclusion et participation sociales.

Deux autres participants ont soulevé qu'ils évitaient les établissements à grande surface (exemples : Maxi et Walmart) et les foules, car cela leur procure de forts sentiments désagréables. Il s'agit donc d'endroits qui, pour eux, n'ont pas le potentiel de devenir des espaces d'inclusion dû au mal-être qu'ils y ressentent. Toutefois, comme les magasins à grande surface sont conçus pour la consommation et non pour l'inclusion, ce constat est compréhensible. En revanche, cela laisse présager que lorsqu'on souhaite créer des espaces d'inclusion pour les aînés vivant avec des problématiques de santé mentale, il est préférable que ceux-ci n'aient pas une vaste superficie qui peut accueillir une grande densité de personnes, car cela peut avoir tendance à exercer des pressions environnementales trop élevées en fonction des leurs capacités personnelles, créant ainsi un défi non adapté qui ne favorise pas l'apparition d'un sentiment d'appartenance à l'égard de cet espace.

Deux participantes ont quant à elles mentionné que la présence de symptômes psychotiques était un obstacle occupationnel et à l'inclusion. Cette information appuie le fait que les symptômes manifestés par les problématiques de santé mentale peuvent influencer le sentiment d'inclusion des aînés dans les différents espaces fréquentés. Ainsi, pour favoriser l'inclusion dans les espaces et que ceux-ci soient invitants, il serait intéressant qu'ils possèdent des caractéristiques flexibles de sorte à continuellement être en mesure d'offrir des défis qui sont en adéquation avec les capacités parfois fluctuantes de ces personnes âgées.

6.1.3. Expérience vécue dans les espaces inclusifs

Au cours de cette étude, il a été possible d'explorer l'expérience vécue dans les espaces inclusifs de cinq personnes âgées ayant une problématique de santé mentale. Ainsi, les espaces inclusifs sont des espaces où les participants savent qu'ils sont acceptés tels qu'ils sont, ce qui concorde avec la définition d'un espace inclusif utilisée comme cadre conceptuel de ce présent essai. Il s'agit également d'espaces où les gens ont du plaisir et qui les amènent à se sentir mieux quand qu'ils vont moins bien. Cette expérience appuie le discours de plusieurs participants qui ont partagé avoir souffert de leur problématique de santé mentale une bonne partie de leur vie et que maintenant, ils pensent à eux, recherchent le bonheur et ont tendance à moins se soucier de l'opinion que les autres ont à leur égard. Ils expérimentent également des relations d'entraide et de réciprocité avec autrui dans ces espaces, ce qui est cohérent avec l'une des caractéristiques observables d'un espace inclusif, soit la présence d'interactions sociales (Merriman et coll., 2012; Soja, 1989). L'entraide est un élément qui concorde avec le discours de plusieurs participants de cette étude qui sont reconnaissants de l'aide qu'ils ont reçue durant de nombreuses années et qui souhaitent désormais redonner à leur tour. En ce sens, il a également été soulevé par certains participants qu'ils expérimentent de la satisfaction dans ces espaces liée au fait de contribuer à la société. Ceci est cohérent avec l'analyse du concept de sentiment d'appartenance effectuée par Hagerty et collaborateurs (1992) qui soulevaient que participer et contribuer personnellement à la société est un moyen de sentir qu'on fait partie intégrante de celle-ci. Pour plusieurs participants, contribuer à la société leur procure un sentiment de bien-être. Comme les espaces inclusifs fournissent certaines ressources pour actualiser ce besoin, notamment en offrant soit des opportunités de faire du bénévolat ou de partager leur expertise concernant leurs problématiques de santé mentale ou bien encore en offrant un réseau social qui favorise l'entraide, il est possible

de croire que leur fréquentation soit un élément contributif à leur bien-être. Également, pour certains participants, il y a présence d'accommodements en lien avec les occupations bidirectionnelles, c'est-à-dire qu'ils reçoivent des accommodements de la part des autres afin d'optimiser leur participation occupationnelle et font à leur tour des accommodements à d'autres individus, pour favoriser la participation occupationnelle de ces derniers. Le fait que les accommodements peuvent se faire dans les deux sens permet aux deux parties de bénéficier davantage des activités offertes à l'intérieur de ces espaces. De plus, cela illustre l'esprit d'inclusion qui s'y retrouve, car chacun est prêt à aider l'autre dans le but de maintenir des interactions sociales réciproques et agréables.

Les expériences vécues dans les espaces inclusifs de ces cinq participants semblent très positives pour la grande majorité. Toutefois, comme il s'agit de personnes actives et impliquées dans leur communauté, en grande partie en raison du fait qu'elles fréquentent des organismes communautaires et centres de jours en santé mentale sur une base régulière, il est plausible de croire qu'il s'agit d'éléments qui influencent l'expérience vécue. Ainsi, il serait intéressant dans le futur de comparer ces expériences avec celles vécues dans des endroits qui ne sont pas des ressources en santé mentale ou encore avec des organismes mis sur pieds pour la population générale, afin de savoir si les expériences qui y sont vécues sont aussi positives. De plus, cela serait intéressant pour connaître davantage les éléments qui caractérisent chaque partie du continuum d'inclusion, ce qui permettrait également de savoir comment s'actualise dans la réalité la limite entre l'inclusion et l'exclusion. Il serait également pertinent d'investiguer les éléments qui peuvent être moins positifs de sorte à réaliser un portrait exhaustif de leur inclusion, afin d'éventuellement établir des pistes d'action complètes et optimales pour répondre à l'ensemble de leurs besoins.

6.2. Forces et limites de l'étude

Après avoir mené cette étude, il est possible de soulever les forces ainsi que les limites qu'elle comporte. Celles-ci sont donc présentées dans la section qui suit.

6.2.1. Les forces

L'une des principales forces de cette étude est le recrutement des participants qui s'est effectué auprès d'organismes communautaires en santé mentale de la région, car cela sous-entend

qu'ils étaient déjà inclus dans leur communauté, puisqu'ils fréquentent l'un de ces organismes. Cela permettait donc d'identifier les éléments inclusifs à partir de personnes qui vivent l'expérience d'inclusion, ce qui est aussi important et déterminant que les expériences des personnes qui vivent de l'exclusion. Une seconde force de cet essai est l'emploi du concept d'espace inclusif, qui est innovateur et a permis l'exploration du phénomène sous un angle différent, car il a pu être défini à la suite d'une analyse des deux concepts qui le constituent, de sorte à faire ressortir ses caractéristiques observables et à l'inscrire dans une vision ergothérapique. Une autre force de cette étude est le fait qu'elle a donné la voix directement à la population ciblée, des gens souvent peu entendus, ce qui a permis de recueillir des données qui sont centrés sur la personne et qui s'inscrivent dans la perspective du développement du pouvoir d'être et d'agir.

6.2.2. Les limites

La présente étude comporte certaines limites. Tout d'abord, bien que le recrutement des participants constitue une force, il représente également une limite. Effectivement, comme il a été fait uniquement auprès d'organismes communautaires en santé mentale, il n'est pas possible de se prononcer à l'égard de l'expérience vécue par les aînés qui ne fréquentent pas ce type de ressource. De plus, le fait que les participants ont presque tous le même âge, soit 61 ou 62 ans, constitue également une limite, car on ne sait pas comment l'inclusion est vécue par des personnes plus âgées (70-80 ans et plus). Cette étude a été menée auprès de cinq individus, ce qui représente également une limite, car il s'agit d'un petit échantillon. Ces trois limites sont importantes, car elles ne permettent pas d'atteindre une saturation empirique, qui survient lorsque le nombre de participants est suffisant pour représenter l'ensemble de la population afin que « de nouvelles données n'ajoutent aucune information nouvelle au phénomène étudié » (Fortin et Gagnon, 2016, p.189). Ainsi, les résultats obtenus dans cet essai ne peuvent pas se transférer à d'autres aînés ayant des problématiques de santé mentale puisqu'ils ne couvrent pas l'ensemble du phénomène. Toutefois, ils constituent une base qui contribue à la compréhension de ce phénomène. De plus, le fait que le questionnaire sociodémographique et la Carte du monde n'aient pas été validés auprès de la population ciblée par cette étude est également une limite. Toutefois, ils ont tout de même été préalablement testés à trois reprises avec deux adultes, afin d'assurer la compréhension des outils, dans le but de diminuer les risques associés à cette limite pour permettre l'obtention de résultats valides.

6.3. Retombées attendues pour la pratique et la recherche en ergothérapie

Les résultats de cet essai permettent dans un premier temps de contribuer à l'avancement des connaissances concernant comment les aînés ayant une problématique de santé mentale et fréquentant des organismes en santé mentale vivent leur inclusion au sein de la communauté. En ce sens, il serait intéressant dans le futur d'explorer le phénomène du point de vue de ceux qui ne fréquentent pas ce type d'organisme, afin de savoir si cela a une influence ou pas à l'égard de leur inclusion sociale. Cette étude a également permis d'établir les bases en ce qui concerne les espaces considérés inclusifs par cette population, ainsi que les occupations qu'ils y réalisent et les expériences qu'ils y vivent. Comme il n'y a à ce jour aucune étude portant sur ce phénomène auprès d'aînés sans problématique de santé mentale, il serait intéressant de l'explorer dans le futur afin de comparer les deux populations pour être en mesure d'identifier quels besoins sont associés au vieillissement et lesquels sont associés aux problématiques de santé mentale, dans le but mieux connaître la population ciblée par cette présente recherche. En revanche, cette première investigation sur ce phénomène laisse présager qu'il est favorable pour ces aînés ayant une problématique de santé mentale d'avoir des espaces dans lesquels ils se sentent inclus, afin de favoriser leur participation occupationnelle et leur cheminement personnel vers le rétablissement. Par conséquent, il s'agit d'une avenue prometteuse à investiguer davantage dans les années à venir, afin d'être en mesure de donner des pistes d'actions concrètes à accomplir pour soutenir leur inclusion.

Ce projet permet également d'ouvrir la voie aux ergothérapeutes pour plaider afin que davantage d'espaces inclusifs soient développés au sein de la communauté, c'est-à-dire qu'il ait davantage d'environnements adaptés aux caractéristiques personnelles de ces aînés de sorte à leur offrir des défis adaptés qui favorisent leur inclusion et la réalisation d'occupations. Ainsi, il s'agit d'une base pour l'actualisation de leur compétence d'agent de changement, qui leur demande entre autres de « travailler pour la population et la communauté afin de favoriser les changements dans le financement, la gestion, les directives et d'autres systèmes qui ont des effets sur les occupations au quotidien » (ACE, 2012, p.3). De plus, comme les résultats seront présentés au colloque étudiant du département d'ergothérapie de l'UQTR en décembre 2018, ceux-ci serviront à sensibiliser de futurs ergothérapeutes quant à l'importance des espaces inclusifs pour cette clientèle.

7. CONCLUSION

Cette étude a exploré les espaces inclusifs de cinq personnes âgées ayant une problématique de santé mentale qui ont été recrutées à partir d'organismes en santé mentale. Il ressort que pour chacun d'entre eux, le centre de jour en santé qu'il fréquente est un espace inclusif. Pour trois participants, les organismes communautaires où ils font du bénévolat constituent également un espace inclusif. Pour deux aînés, leur domicile en est un aussi. Bien que diverses occupations soient réalisées dans les espaces inclusifs, discuter avec des gens, participer à des conseils d'administration, effectuer de l'artisanat, participer à des ateliers d'entraide sur les voix et manger un repas entre amis sont des occupations partagées par plus d'un. L'expérience vécue par ces cinq personnes dans leurs espaces inclusifs est généralement très positive. En effet, il s'agit d'espaces où elles se sentent acceptées et appréciées tels qu'elles sont, ont du plaisir et un sentiment de bien-être, leur apportent du mieux-être lorsqu'elles vont moins bien, ont un réseau social d'entraide et de réciprocité, ont l'opportunité de contribuer à la communauté et où il y a des accommodements au plan des occupations bidirectionnelles. Il ressort également de cette recherche que les participants doivent faire face à certains obstacles occupationnels et à leur inclusion. Les cinq obstacles qui sont vécus par plus d'un sont les difficultés liées au transport, le manque d'argent, ressentir un mal-être lorsqu'ils se retrouvent dans des espaces qui sont de grandes surfaces, la présence de symptômes psychotiques envahissants et la fermeture de certains espaces durant l'été.

Comme cette étude comptait seulement cinq participants, et que ces derniers étaient tous des individus actifs et recrutés par le biais d'organismes en santé mentale cela ne reflète pas les espaces inclusifs de tous les aînés ayant une problématique de santé mentale. Ainsi, dans les années à venir, de futures recherches devront être effectuées dans le but de contribuer à l'enrichissement des connaissances générées par cette présente étude. Cela dans le but d'élaborer des pistes d'actions concrètes qui permettront de soutenir l'inclusion des aînés ayant une problématique de santé mentale. Par conséquent, il serait pertinent d'explorer ce phénomène du point de vue d'aînés ayant une problématique de santé mentale et ne fréquentant pas d'organismes en santé mentale.

RÉFÉRENCES

- Andonian, L. et Macrae, A. (2011). Well Older Adults within an Urban Context: Strategies to Create and Maintain Social Participation. *The British Journal of Occupational Therapy*, 74(1), 2-11. doi:10.4276/030802211X12947686093486
- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^e éd. rév.; traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq). Paris, France : Masson.
- Anthony, W. A., Rutman, I. D., Prince, P. N. et Prince, C. R. (2002). Perceived Stigma and Community Integration Among Clients of Assertive Community Treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(4), 323-331. doi:10.1037/h0095005
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Ottawa : CAOT Publications ACE. Repéré à <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=36>
- Aubin, A. et Groleau, A. (2015). *Guide méthodologique pour l'utilisation de la « carte du monde »*. Document inédit.
- Aubin, A. et Groleau, A. (2017). *Guide méthodologique révisé pour l'utilisation de la « carte du monde »*. Document inédit.
- Auger, C., Demers, L. et Gélinas, I. (2008). *Évaluation des habitudes de déplacements - version canadienne-française du UAB Life-Apace Assessment (LSA-F)*. Repéré à <http://catalogue.iugm.qc.ca/GEIDFile/27554.pdf?Archive=104939192211&File=27554.pdf>
- Auger, C., Demers, L., Gélinas, I., Routhier, F., Jutai, J., Guérette, C. et Deruyter, F. (2009). Development of a French-Canadian version of the Life-Space Assessment (LSA-F): content validity, reliability and applicability for power mobility device users. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 4(1), 31-41. doi:10.1080/17483100802543064
- Bartels, S. J. (2003). Improving system of care for older adults with mental illness in the United States. Findings and recommendations for the President's New Freedom Commission on Mental Health. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 11(5), 486-497.
- Baumgartner, J. N. et Burns, J. K. (2014). Measuring social inclusion—a key outcome in global mental health. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 354-364. doi:10.1093/ije/dyt224
- Billette, V., Lavoie, J.-P., Séguin, A.-M. et Van Pevenage, I. (2012). Réflexions sur l'exclusion et l'inclusion sociale en lien avec le vieillissement. L'importance des enjeux de reconnaissance et de redistribution. *Frontières*, 25(1), 10-30.

- Bryant, W., Tibbs, A. et Clark, J. (2011). Visualising a safe space: the perspective of people using mental health day services. *Disability & Society*, 26(5), 611-628. doi:10.1080/09687599.2011.589194
- Dahan-Oliel, N. M., Mazer, B., Gélinas, I., Dobbs, B. M. et Lefebvre, H. (2010). Transportation Use in Community-Dwelling Older Adults: Association with Participation and Leisure Activities. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 29(4), 491-502. doi:10.1017/S0714980810000516
- Daley, S., Newton, D., Slade, M., Murray, J. et Banerjee, S. (2013). Development of a framework for recovery in older people with mental disorder. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(5), 522-529. doi:10.1002/gps.3855
- Dallaire, B. et McCubbin, M. (2008). Parlons d'inclusion sociale. La théorie et la recherche à propos des personnes aux prises avec des handicaps psychosociaux. *Politiques d'intégration, rapports d'exclusion*, 251-266.
- Felicity, A. (2001). Intégration ou inclusion ? L'évolution de l'éducation spéciale en Angleterre. *Revue française de pédagogie*, 134(1), 87-96. doi:10.3406/rfp.2001.2774
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e éd.). Montréal : Les Éditions de la Chenelière.
- Gouvernement du Québec. (2018). *Santé mentale (maladie mentale)*. Repéré à <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/sante-mentale-maladie-mentale/>
- Groleau, A. (2015). *Projet d'accompagnement personnalisé d'intégration communautaire (APIC) : perceptions des personnes âgées ayant un trouble de la santé mentale de leur intégration communautaire* (Essai de maîtrise, Université du Québec à Trois-Rivières). Repéré à <http://depot-e.uqtr.ca/7713/1/031078039.pdf>
- Hagerty, B. M. K., Lynch-Sauer, J., Patusky, K. L., Bouwsema, M. et Collier, P. (1992). Sense of belonging: A vital mental health concept. *Archives of Psychiatric Nursing*, 6(3), 172-177. doi:10.1016/0883-9417(92)90028-H
- Huot, S. et Laliberte Rudman, D. (2015). Extending Beyond Qualitative Interviewing to Illuminate the Tacit Nature of Everyday Occupation. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 35(3), 142-150. doi:10.1177/1539449215576488
- Hvalse, B. et Josephsson, S. (2003). Characteristics of Meaningful Occupations from the Perspective of Mentally Ill People. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 10(2), 61-71. doi:10.1080/11038120310009489
- Institut de la Statistique du Québec. (2015). *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois*. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/mentale/portrait-sante-mentale.pdf>

- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. et Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kissane, M. et McLaren, S. (2006). Sense of Belonging as a Predictor of Reasons for Living in Older Adults. *Death Studies*, 30(3), 243-258.
- Kobayashi, K. M., Cloutier-Fisher, D. et Roth, M. (2009). Making Meaningful Connections. *Journal of Aging and Health*, 21(2), 374-397. doi:10.1177/0898264308329022
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P. et Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation Model: A Transactive Approach to Occupational Performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 9-23.
- Lawton, M. P. et Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. Dans C. Eisdorfer et M. P. Lawton (dir.), *Psychology of Adult Development and Aging* (p.619-674). Washington, DC, États-Unis: American Psychological Association.
- Leutwyler, H. C., Chafetz, L. et Wallhagen, M. (2010). Older Adults with Schizophrenia Finding a Place to Belong. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(8), 507-513. doi:10.3109/01612841003647005
- Leutwyler, H., Hubbard, E., Slater, M. et Jeste, D. (2014). "It's Good for Me": Physical Activity in Older Adults with Schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 50(1), 75-80. doi:10.1007/s10597-013-9613-7
- Merriman, P., Jones, M., Olsson, G., Sheppard, E., Thrift, N. et Tuan, Y.-F. (2012). Space and spatiality in theory. *Dialogues in Human Geography*, 2(1), 3-22. doi:10.1177/2043820611434864
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (s.d.). *Santé mentale: Maladie mentale*. Repéré à <http://sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/sante-mentale/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-914-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2010 : Faire ensemble et autrement*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>
- Nilsson, I., Lundgren, A. S. et Liliequist, M. (2012). Occupational Well-Being among the Very Old. *Journal of Occupational Science*, 19(2), 115-126. doi:10.1080/14427591.2011.595894

- Organisation Mondiale de la Santé. (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: Summary report*. Repéré à <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42940/1/9241591595.pdf>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2013). *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*. Repéré à http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020_fre.pdf;jsessionid=0D4772197508B48869A873DDF28A39CC?sequence=1
- Papageorgiou, N., Marquis, R., Dare, J. et Batten, R. (2016). Occupational Therapy and Occupational Participation in Community Dwelling Older Adults: A Review of the Evidence. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*, 34(1), 21-42. doi:10.3109/02703181.2015.1109014
- Portney, L.G. et Watkins, M.P. (2009). *Foundations of clinical research: applications to practice* (3^e éd.). Upper Saddle River, N.J.: Pearson/Prentice Hall.
- Ritchie, J. et Lewis, J. (2003). *Qualitative research practice: a guide for social science students and researchers*. London Thousand Oaks, Calif.: SAGE Publications.
- Soja, E. W. (1989). Postmodern geographies: The reassertion of space in critical social theory: Verso. *Progress in Human Geography*, 30(6), 812-820.
- Statistique Canada. (2017). *Estimations démographiques annuelles : Canada, provinces et territoires*. Repéré à : http://publications.gc.ca/collections/collection_2017/statcan/91-215-x/91-215-x2017000-fra.pdf
- Taylor, S. et Spicer, A. (2007). Time for space: A narrative review of research on organizational spaces. *International Journal of Management Reviews*, 9(4), 325-346.
- Townley, G., Kloos, B. et Wright, P. A. (2009). Understanding the experience of place: Expanding methods to conceptualize and measure community integration of persons with serious mental illness. *Health and Place*, 15(2), 520-531. doi:10.1016/j.healthplace.2008.08.011
- Tuan, Y.-F. (1977). *Space and place : the perspective of experience*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Walker, L. O. et Avant, K. C. (2005). *Strategies for theory construction in nursing* (4^e éd., p.63-84). Upper Saddle River, N.J.: Pearson/Prentice Hall.
- Wiles, J. L., Allen, R. E. S., Palmer, A. J., Hayman, K. J., Keeling, S. et Kerse, N. (2009). Older people and their social spaces: A study of well-being and attachment to place in Aotearoa New Zealand. *Social Science & Medicine*, 68(4), 664-671. doi:10.1016/j.socscimed.2008.11.030

- Wong, Y.-L. et Solomon, P. (2002). Community Integration of Persons with Psychiatric Disabilities in Supportive Independent Housing: A Conceptual Model and Methodological Considerations. *Mental Health Services Research*, 4(1), 13-28.
doi:10.1023/A:1014093008857

No. du participant : _____

ANNEXE A
QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE
Questionnaire élaboré par Ginette Aubin le 9 février 2018

**Espaces inclusifs et occupations des aînés ayant des problématiques
de santé mentale**

QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

Initiales du participant : _____ Interviewer : _____

Date : _____

Adresse du participant : _____

Q1 – Organisme de référence	_____
Q2 – Genre	1 Homme 2 Femme
Q3 – Quelle est votre occupation actuelle? (Lisez les choix de réponses).	1 Retraité 2 Non employé, à la recherche d'un emploi 3 Femme ou homme au foyer 4 Employé à temps partiel 5 Employé à temps plein 6 Autre _____ 9 Pas de réponse
Q4 a) – Est-ce que vous vivez seul?	1 Oui 2 Non Si non, avec qui? _____ _____ 9 Pas de réponse
Q4 b) – Dans quel type de résidence demeurez-vous? (Lisez les choix de réponses).	1 Maison (propriétaire) 2 Logement/appartement 3 Appartement supervisé 4 Résidence pour aînés autonomes 5 Résidence avec service (repas) et intervenants 6 Autre _____ 9 Pas de réponse

Q5 – Quelle est votre date de naissance?	_____
	<i>Pas de réponse (9999)</i>
Q6 – Comment percevez-vous votre situation économique par rapport aux gens de votre âge? <i>(Lisez les choix de réponses).</i>	1 Vous vous considérez à l'aise financièrement. 2 Vous considérez vos revenus suffisants pour répondre à vos besoins fondamentaux ou à ceux de votre famille. 3 Vous vous considérez pauvre. 4 Vous vous considérez très pauvre. 9 <i>Pas de réponse</i>
Q7 – En général, diriez-vous que votre état de santé est... <i>(Lisez les choix de réponses).</i>	1 Excellente 2 Très bonne 3 Bonne 4 Passable 5 Mauvaise 9 <i>Pas de réponse</i>
Q8 a) – Avez-vous des problèmes de santé physique?	1 Oui 2 Non 9 <i>Pas de réponse</i>
b) Si oui, lesquels?	_____ _____ _____ _____
Q9 a) – Habituellement, pouvez-vous marcher dans le quartier sans difficulté et sans vous servir d'un appareil comme une prothèse, une canne ou des béquilles?	1 Oui 2 Non 9 <i>Pas de réponse</i>
b) Si non, décrire l'appareil et l'aide nécessaire	_____ _____ _____ _____
Q10 – En général, diriez-vous que votre état de santé est : <i>(Lisez les choix de réponses).</i>	1 Excellente 2 Très bonne 3 Bonne 4 Passable 5 Mauvaise 9 <i>Pas de réponse</i>

No. du participant : _____

60

Q11 a) – Avez-vous déjà eu un problème de santé mentale?

- 1 Oui
- 2 Non
- 9 *Pas de réponse*

b) Si oui, lequel?

ANNEXE B
ÉVALUATION DE L'AIRE DE MOBILITÉ

Version traduite en français par Auger, Demers et Gélinas (2008)

Participant # _____ (init : _____)

DATE évaluation (AA/MM/JJ) : ____/____/____ Évaluateur (Initiales) : _____

Milieu de vie :

Ville :

Évaluation de l'aire de mobilité.

Version canadienne-française du Life-Space Assessment (LSA-F)

Directives LSA- F:

Les questions suivantes vont porter sur vos habitudes de déplacements dans différents environnements.

J'aimerais d'abord savoir si vous utilisez régulièrement une de ces aides techniques? (Cochez toutes celles qui s'appliquent)

- ☐ Canne
- ☐ Béquilles
- ☐ Ambulateur
- ☐ Marchette
- ☐ Fauteuil roulant manuel
- ☐ Fauteuil roulant motorisé
- ☐ Triporteur, Quadriporteur
- ☐ Fauteuil auto-souleveur/coussin auto-souleveur
- ☐ Rampe d'accès
- ☐ Orthèse
- ☐ Prothèse
- ☐ Barres d'appui (p. ex., dans la salle de bain, le bain ou la douche)
- ☐ Siège de bain
- ☐ Cabine de douche sans seuil
- ☐ Chaise d'aisance ou siège de toilette surélevé
- ☐ Lit d'hôpital
- ☐ Bassine
- ☐ Ventilateur
- ☐ Oxygène/appareil d'assistance respiratoire (p. ex., inhalateur, pulvérisateur)
- ☐ Autres

(procéder avec les questions du LSA-F à la suite)

Formulaire d'évaluation LSA-F

LES QUESTIONS SUIVANTES CONCERNENT SEULEMENT VOS ACTIVITÉS DU DERNIER MOIS. AU COURS DES QUATRE DERNIÈRES SEMAINES, ÊTES-VOUS ALLÉ ...		A. AU COURS DES QUATRE DERNIÈRES SEMAINES, COMBIEN DE FOIS ÊTES-VOUS ALLÉ...?						COMMENT VOUS Y ÊTES-VOUS RENDU?					
								B. Avez-vous utilisé des aides techniques ou un équipement particulier pour vous rendre ...?			C. Avez-vous eu besoin de l'aide d'une personne pour vous rendre ...?		
	Oui	Non	Moins de 1 fois par semaine	1 à 3 fois par semaine	4 à 6 fois par semaine	Tous les jours	Oui	Non	Ne sait pas OU préfère ne pas répondre	Oui	Non	Ne sait pas OU préfère ne pas répondre	
DANS DES PIÈCES DE VOTRE DOMICILE , AUTRES QUE CELLE OÙ VOUS DORMEZ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
AIRE DE MOBILITÉ 1*	(LS1)		(LS1F)				(LS1A)			(LS1H)			
AUTOUR DE VOTRE DOMICILE , comme sur votre galerie, votre balcon, votre terrasse, dans les couloirs (immeuble d'habitation), dans le garage, sur votre terrain ou dans votre entrée de cour ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
AIRE DE MOBILITÉ 2	(LS2)		(LS2F)				(LS2A)			(LS2H)			
DANS VOTRE VOISINAGE, au-delà de votre cour ou de votre immeuble d'habitation ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
AIRE DE MOBILITÉ 3	(LS3)		(LS3F)				(LS3A)			(LS3H)			
DANS VOTRE VILLE, au-delà de votre voisinage?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
AIRE DE MOBILITÉ 4	(LS4)		(LS4F)				(LS4A)			(LS4H)			
À L'EXTÉRIEUR DE VOTRE VILLE?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
AIRE DE MOBILITÉ 5	(LS5)		(LS5F)				(LS5A)			(LS5H)			

* LES PERSONNES QUI RÉPONDENT « NON » À L'AIRE DE VIE 1 SE VOIENT ATTRIBUER L'AIRE DE VIE 0. LES MOTS DOMICILE ET IMMEUBLE D'HABITATION SONT REMPLACÉS PAR « UNITÉ DE VIE » ET « RÉSIDENCE » POUR LES PERSONNES VIVANT EN CENTRE HÉBERGEMENT.

Calcul du score LSA-F

NIVEAU D'AIRE DE MOBILITÉ			FRÉQUENCE				INDÉPENDANCE	SCORE
Au cours des quatre dernières semaines, êtes-vous allé...			Combien de fois y êtes-vous allé ?				Avez-vous utilisé des aides techniques ou de l'équipement spécialisé ? Avez-vous eu besoin de l'assistance d'une personne ?	Niveau X Fréquence X Indépendance
dans différentes pièces de votre domicile autres que celle où vous dormez ? <i>Aire de mobilité 1. . .</i>	Oui 1	Non 0	Moins de 1 fois par semaine 1	1 à 3 fois par semaine 2	4 à 6 fois par semaine 3	Tous les jours 4	1 = Assistance d'une personne 1.5 = Aide technique seulement 2 = Aucune aide technique ni assistance	
<i>Score</i>			_____ X _____ X _____ =					<i>Score - niveau 1</i>
autour de votre domicile, comme sur la galerie, la terrasse ou le patio, dans le hall d'entrée ou le garage de votre immeuble, ou encore dans la cour où l'entrée de cour <i>Aire de mobilité 2. . .</i>	Oui 2	Non 0	Moins de 1 fois par semaine 1	1 à 3 fois par semaine 2	4 à 6 fois par semaine 3	Tous les jours 4	1 = Assistance d'une personne 1.5 = Aide technique seulement 2 = Aucune aide technique ni assistance	
<i>Score</i>			_____ X _____ X _____ =					<i>Score - niveau 2</i>
dans votre voisinage, au-delà de votre cour ou de votre immeuble ? <i>Aire de mobilité 3. . .</i>	Oui 3	Non 0	Moins de 1 fois par semaine 1	1 à 3 fois par semaine 2	4 à 6 fois par semaine 3	Tous les jours 4	1 = Assistance d'une personne 1.5 = Aide technique seulement 2 = Aucune aide technique ni assistance	
<i>Score</i>			_____ X _____ X _____ =					<i>Score - niveau 3</i>
à l'extérieur de votre voisinage, mais dans les limites de votre ville ? <i>Aire de mobilité 4. . .</i>	Oui 4	Non 0	Moins de 1 fois par semaine 1	1 à 3 fois par semaine 2	4 à 6 fois par semaine 3	Tous les jours 4	1 = Assistance d'une personne 1.5 = Aide technique seulement 2 = Aucune aide technique ni assistance	
<i>Score</i>			_____ X _____ X _____ =					<i>Score - niveau 4</i>
l'extérieur de votre ville ? <i>Aire de mobilité 5. . .</i>	Oui 5	Non 0	Moins de 1 fois par semaine 1	1 à 3 fois par semaine 2	4 à 6 fois par semaine 3	Tous les jours 4	1 = Assistance d'une personne 1.5 = Aide technique seulement 2 = Aucune aide technique ni assistance	
<i>Score</i>			_____ X _____ X _____ =					<i>Score - niveau 5</i>
LS-C Score composé (ADDITIONNER) : Niveau maximal atteint : LS-Maximal avec ou sans aide technique ou humaine : _____ LS-Équipement avec aides techniques seulement : _____ LS-Indépendant sans aides techniques ni humaine : _____								Somme des scores de tous les niveaux

ANNEXE C
GUIDE MODIFIÉ DE LA VERSION RÉVISÉE DU GUIDE D'ADMINISTRATION DE
LA CARTE DU MONDE

Version originale élaborée par Aubin et Groleau, en 2015

CONSIGNES DONNÉES AUX PARTICIPANTS LORS DE LA PASSATION DE
L'OUTIL « CARTE DU MONDE »

Avant de commencer, le chercheur explique l'objectif de cet outil et s'assure que la personne a bien compris. Puis les consignes suivantes sont données :

« Vous pouvez prendre tout le matériel qui est devant vous pour dessiner une carte qui représente les endroits où vous vous sentez inclus, c'est-à-dire à votre place, accepté et dans lesquels vous vous sentez bien. Vous avez jusqu'à 20 minutes pour dessiner le nombre d'endroits que vous désirez sur votre carte. Informez-moi lorsque vous aurez terminé, pour que vous puissiez me présenter et m'expliquer votre carte. N'ayez crainte, la qualité du dessin n'est pas évaluée, il sert seulement à alimenter la discussion que nous aurons ensemble par la suite. »

Si la personne hésite, le chercheur peut encourager la personne à initier le dessin. Il est ainsi possible de lui donner des suggestions pour commencer le dessin, par exemple, « Voulez-vous commencer par dessiner votre maison/appartement/logement ? ».

PISTES DE QUESTIONS À POSER À LA SUITE DE LA PRODUCTION EN LIEN
AVEC LES CARACTÉRISTIQUES OBSERVABLES D'UN ESPACE INCLUSIF

Lieu d'occupation (questions posées pour comprendre l'occupation) :

1. Que faites-vous dans les différents endroits identifiés sur votre carte ?
2. Comment vous rendez-vous aux différents endroits sur votre carte ?
3. Rencontrez-vous des obstacles lorsque vous réalisez ces activités ?

Interactions sociales réciproques :

4. Avec qui passez-vous votre temps dans les différents endroits représentés sur votre carte?
 - a. Est-ce qu'il s'agit de gens avec qui vous vous sentez bien? Vous pouvez rester vous-mêmes sans vous sentir jugé ?
 - b. Pour quelle(s) raison(s)?

Pouvoir d'agir :

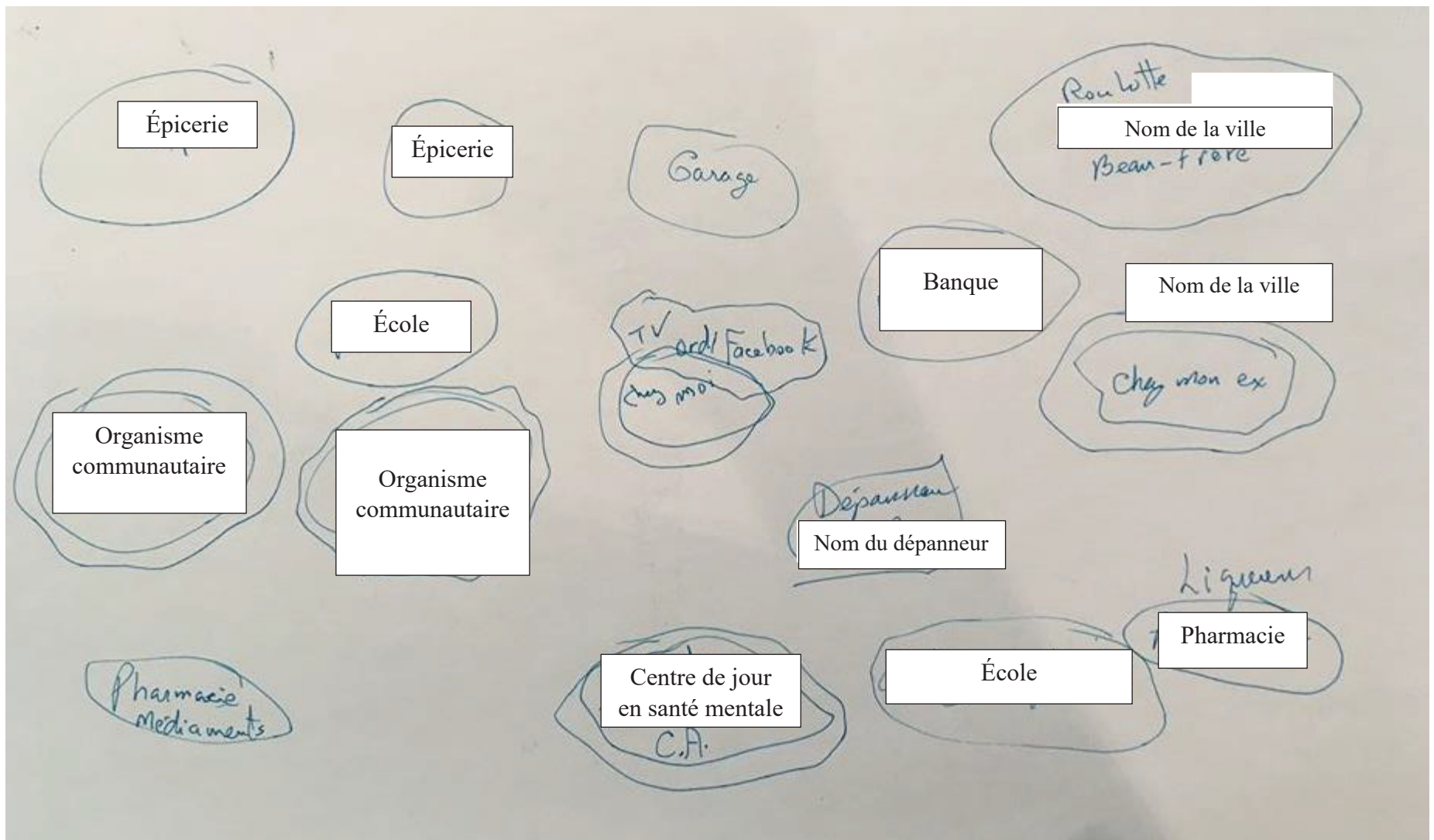
5. Avez-vous le sentiment que vous pouvez décider de participer ou pas à des activités offertes dans la communauté comme vous le souhaitez ?
6. Y a-t-il des endroits où vous n'allez pas, mais que vous aimeriez aller ?
 - a. Qu'est-ce qui vous empêche d'y aller ?

Pouvoir d'être :

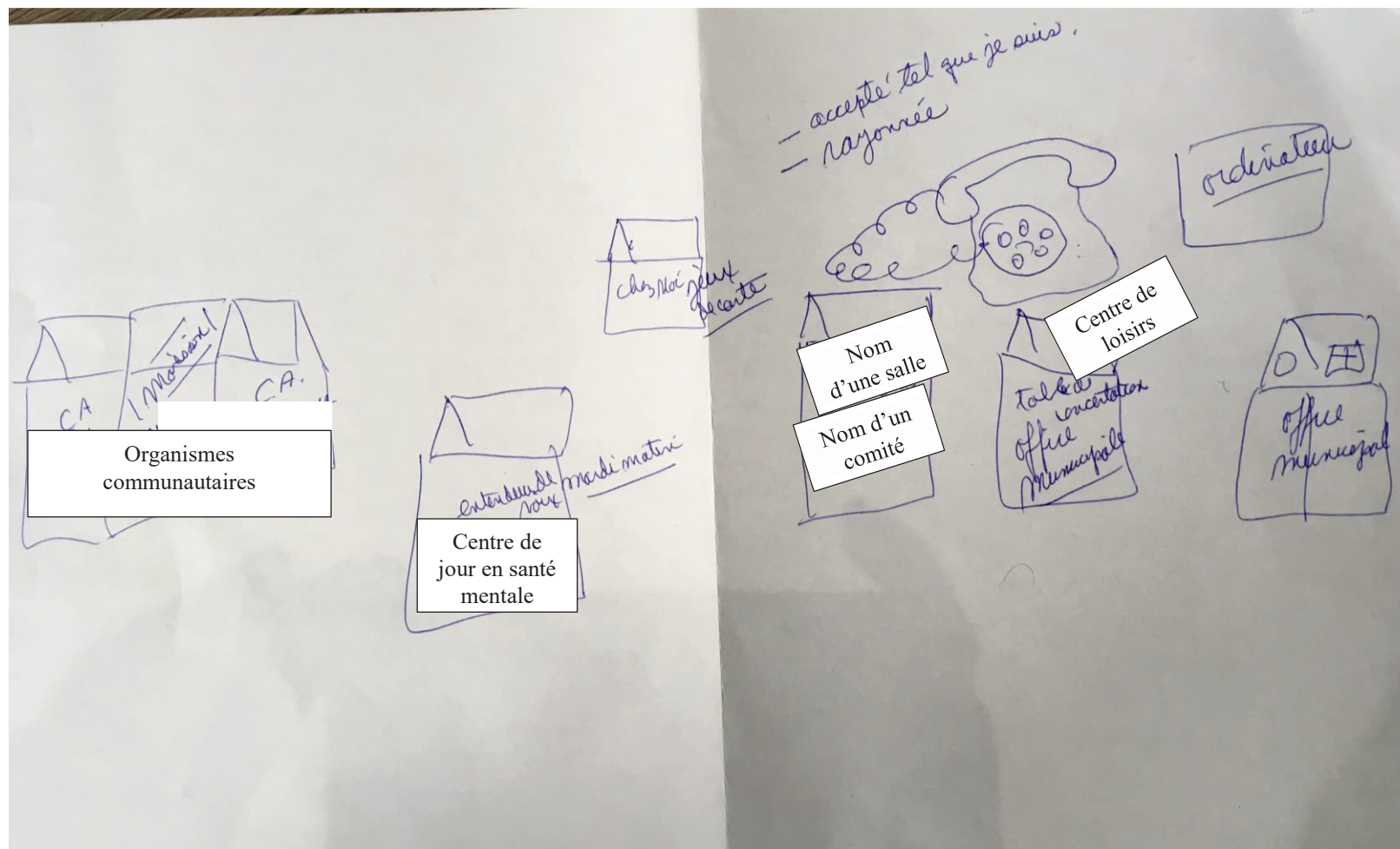
7. Comment vous sentez-vous lorsque vous faites ces activités?
8. Y a-t-il des lieux où c'est plus facile de se sentir le bienvenu? À votre place?
 - a. Si oui, pourquoi?
9. Y a-t-il des lieux où c'est plus difficile de se sentir le bienvenu? À votre place?
 - b. Si oui, pourquoi?
10. En utilisant 4-5 mots, quelles sont les caractéristiques des espaces où vous vous sentez le inclus? Le bienvenu? À votre place?

Cet outil, modifié par Karol-Ann Girard, a été développé par Ginette Aubin et Alexandra Groleau, dans le cadre du projet d'intégration de la maîtrise en ergothérapie d'Alexandra Groleau à l'UQTR. Pour toute information sur cet outil, vous pouvez contacter ginette.aubin@uqtr.ca

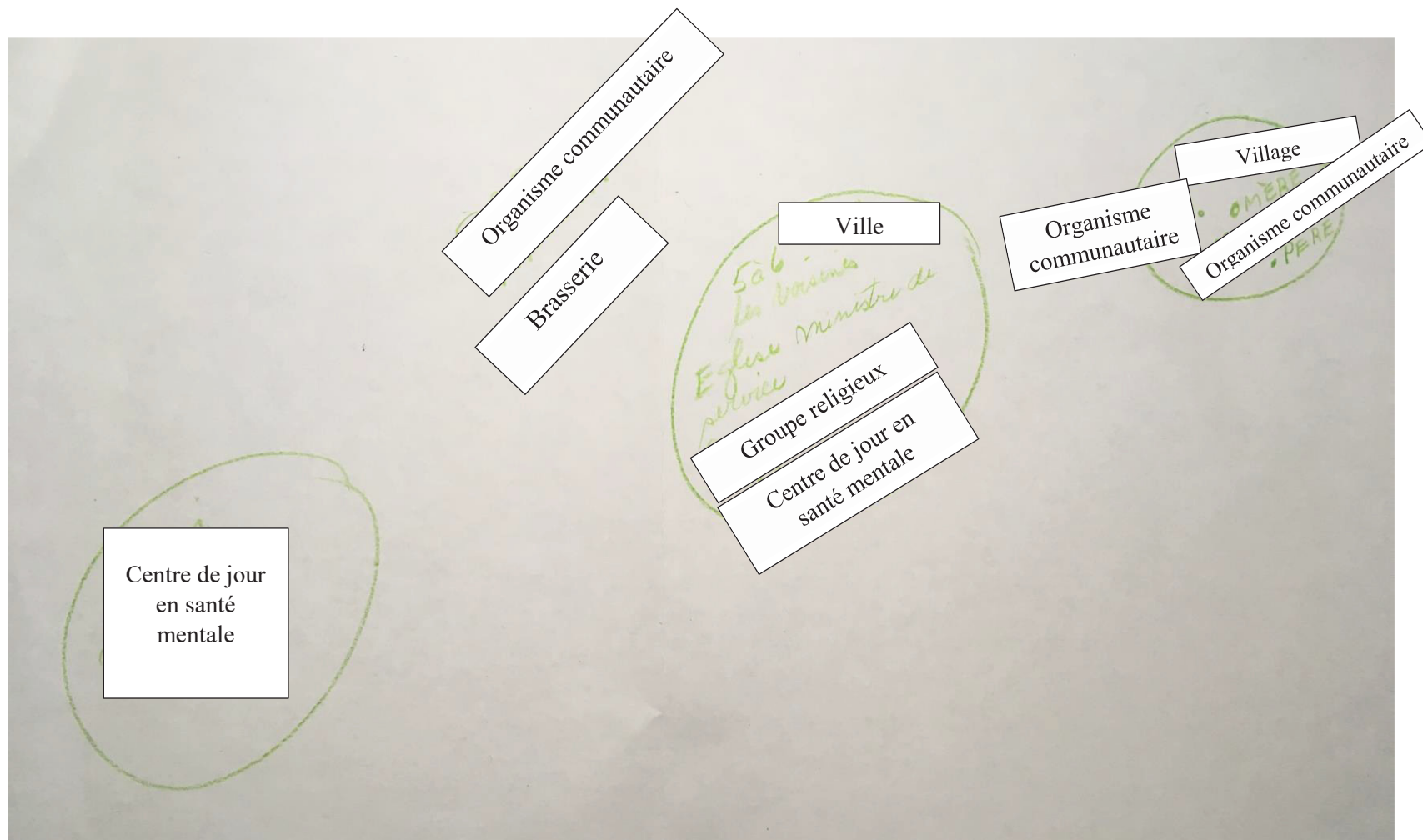
ANNEXE D
CARTE DU MONDE DU PARTICIPANT 1



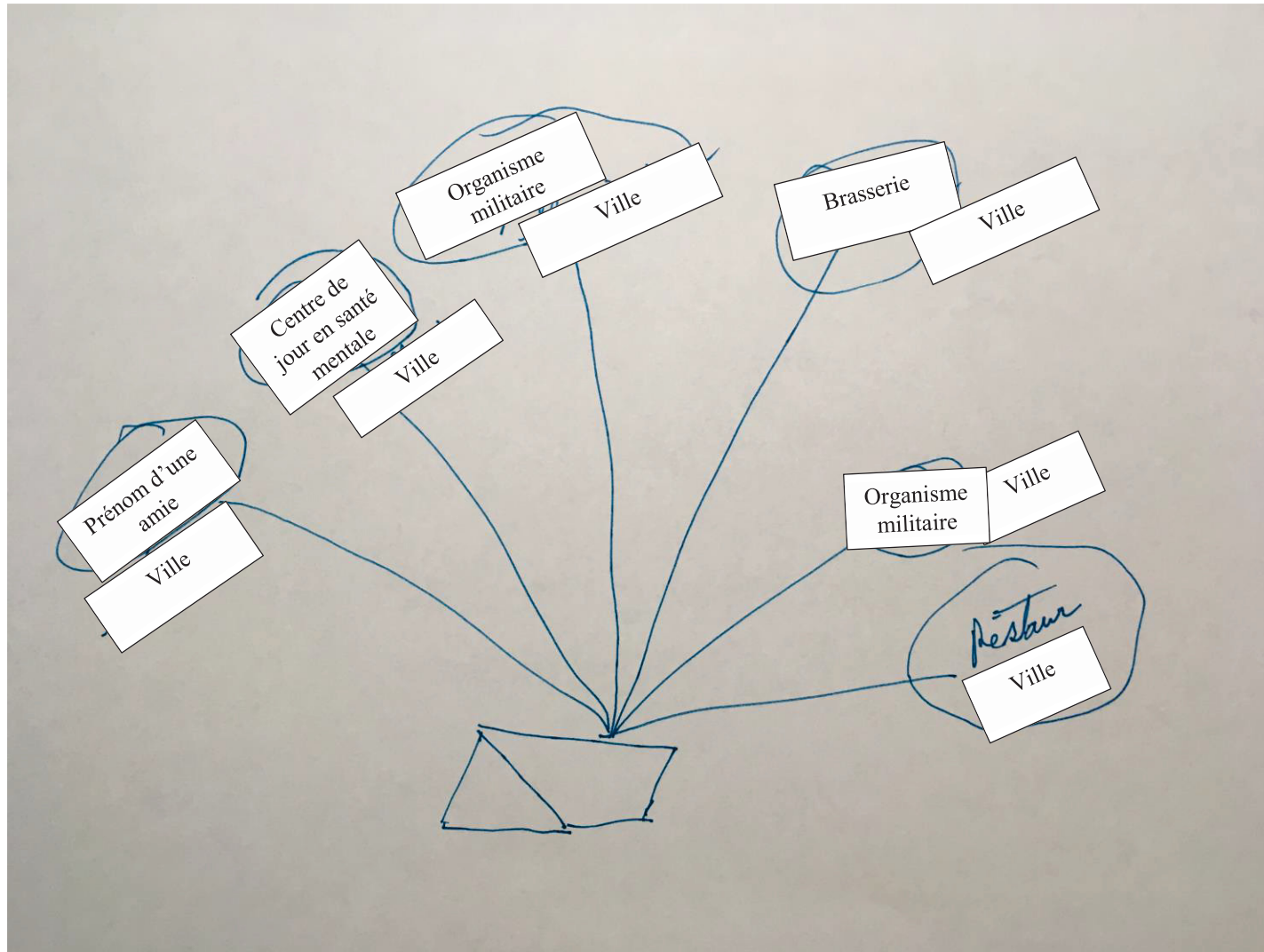
ANNEXE E
CARTE DU MONDE DE LA PARTICIPANTE 2



ANNEXE F
CARTE DU MONDE DE LA PARTICIPANTE 3



ANNEXE G
CARTE DU MONDE DU PARTICIPANT 4



ANNEXE H
CARTE DU MONDE DU PARTICIPANT 5

